

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

737

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre ESQUIROL

Né le 13 octobre 1908, à Francescas (Lot-et-Garonne)
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

PAR SECTION PREMIÈRE

DES LIGAMENTS UTÉRO-SACRÉS

Président : M. JEANNIN, Professeur.

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre ESQUIROL

Né le 13 octobre 1908, à Francescas (Lot-et-Garonne)
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

PAR SECTION PREMIÈRE

DES LIGAMENTS UTÉRO-SACRÉS

Président : M. JEANNIN, Professeur.

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
		MM.	
	Clinique obstétricale.	ÉCALLE.	
		GUÉNIOT.	
		LE LORIER.	
		LÉVY-SOLAL.	
		METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JEANNIN

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat :

1930. M. LE PROFESSEUR GOSSET

M. LE DOCTEUR CHARRIER

1931. M. LE DOCTEUR BENSAUDE

M. LE DOCTEUR ROUILLARD (*in memoriam*)

Internat :

1932. M. LE DOCTEUR RENÉ MARIE

1933. M. LE PROFESSEUR C. JEANNIN

M. LE DOCTEUR BERGER

1934. M. LE DOCTEUR DENIKER

1935. M. LE DOCTEUR TOUPET

1936. M. LE DOCTEUR DENIKER

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux de pouvoir exprimer, notre respectueuse reconnaissance à M. le Docteur TOUPET.

Auprès de ce Maître, nous avons compris quelles devaient être les qualités techniques et morales du chirurgien.

Son enseignement sera toujours notre meilleur guide.

C'est dans son Service que nous avons puisé la documentation de ce travail.

Nous le prions de trouver, ici, l'assurance de notre profond attachement.

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

PAR SECTION PREMIÈRE
DES LIGAMENTS UTÉRO-SACRÉS

INTRODUCTION

Beaucoup de chirurgiens, à l'heure actuelle, considèrent l'hystérectomie vaginale comme une méthode, d'exception, qu'il ne faut appliquer que lorsque la voie haute est absolument contre-indiquée.

Ils voient, en effet, en elle, une méthode aveugle, difficile et peu sûre. Leur impression résume assez bien l'histoire de la vaginale.

Cette opération, d'origine française, puisque ce fut RÉCAMIER qui l'exécuta pour la première fois en 1829, connut un succès considérable jusqu'à la fin du siècle dernier. Les chirurgiens anglo-saxons l'adoptèrent (ils lui sont restés fidèles plus que les français, puisqu'en 1929, au Congrès des Gynécologues de langue allemande, VON TOTH apportait 942 cas).

Sa technique fut perfectionnée par PÉAN, par DOYEN, par SEGOND.

Jusque vers 1895, la voie basse avait toutes les préférences, et les chirurgiens avaient acquis une habileté remarquable, au point d'enlever par en bas des utérus de volume considérable.

Mais la perfection de l'aseptie, les avantages de la position de Trendelenbourg, entraînèrent un très grand enthousiasme pour la laparatomie. Il y eut des discus-

sions passionnées entre laparatomistes et partisans de la voie basse. Ce furent les premiers qui l'emportèrent avec justice d'ailleurs : car la voie abdominale, par la large exploration qu'elle permet, par les facilités opératoires qu'elle procure, permet d'élargir considérablement le champ de la gynécologie opératoire.

C'est ainsi que, petit à petit, la vaginale céda le pas à l'hystérectomie abdominale ; les chirurgiens la pratiquèrent de moins en moins, en firent une méthode d'exception et, à l'heure actuelle, bien rares sont ceux qui ont conservé l'hystérectomie vaginale dans la gamme des opérations courantes.

Notre Maître, le Dr TOUPET a su résister à cette tendance. Une étude critique comparée, des suites opératoires et des résultats des deux méthodes, penche en faveur de la vaginale. Sa bénignité est très particulière ; c'est là un fait reconnu par la plupart des chirurgiens, qui, bien souvent, regrettent de ne pas savoir l'exécuter. Aussi a-t-il voulu conserver à celle-ci les indications qu'elle mérite.

C'est dans son Service, que nous avons appris à connaître les conditions anatomiques, la technique et la valeur de la vaginale.

Dans notre travail, nous essaierons d'exposer les notions que nous avons retirées de l'enseignement de notre Maître.

Dans un premier chapitre, nous limiterons aussi exactement que possible, les indications.

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons la technique. Nous énumérerons d'abord les conditions anatomiques nécessaires à cette intervention. Puisqu'on a à sa disposition la voie haute, l'hystérectomie vaginale, à part quelques exceptions tirées de l'état général, doit être facile ou ne pas être. Voilà pourquoi, avant de la

pratiquer, on doit préciser très exactement l'état de l'utérus et des annexes. Le procédé employé est dit par section première des utéro-sacrés. C'est le procédé de **SECONDE**, que M. **TOUPET** a amélioré.

Dans un troisième chapitre, nous analyserons les résultats de cette intervention. Nous verrons la bénignité très remarquable de la vaginale. Enfin, nous montrerons que la conservation simultanée des ovaires et de la trompe n'est non seulement pas dangereuse, mais évite bien souvent les troubles de la ménopause chirurgicale.

CHAPITRE I

INDICATIONS

En dehors des indications tirées de l'état général, l'hystérectomie vaginale a des indications extrêmement précises, desquelles on ne doit pas s'écarter si l'on veut que cette opération conserve sa valeur à côté de l'hystérectomie abdominale.

Ce sont :

- 1^o *Certains fibromes.*
- 2^o *Les hémorragies après la ménopause dans la crainte du cancer du corps.*
- 3^o *Certaines métrites suspectes du col.*
- 4^o *Certaines hémorragies endocriniennes rebelles.*
- 5^o *Certains prolapsus.*
- 6^o *Certaines infections puerpérales post-abortives et post-partum, les perforations utérines traumatiques.*
- 7^o *Très exceptionnellement les inversions utérines.*

I

Indications tirées de l'état général.

En dehors des indications précises de l'hystérectomie vaginale, que nous allons étudier, et *a fortiori* dans leur cadre, ce sont souvent des raisons d'état général qui obligent le chirurgien à pratiquer cette opération.

En effet, nous verrons que la voie basse est infiniment peu choquante. Elle évite la position de Trendelenbourg nécessaire aux opérations sur le petit bassin, qui est toujours mal supportée des obèses, des cardiaques, des scléreux pulmonaires.

Elle évite l'ouverture large du péritoine, l'exposition à l'air, et la manipulation des anses intestinales considérablement aggravée par les défauts de l'anesthésie. Elle supprime la parésie intestinale post-opératoire. Il suffit d'ailleurs d'avoir vu, au soir de son opération, une malade obèse ayant subi une hystérectomie vaginale, même pénible et longue, pour être persuadé par son facies et par son poulx, que la voie basse doit être préférée sans conteste, toutes les fois que l'on a de sérieuses raisons de douter de la résistance de la malade.

On réservera donc à la voie vaginale les hystérectomies chez les hypertendues, chez les cardiaques, les cardio-rénaux à mauvaise urée ou mauvaise constante ; les sujets porteurs de lésions de sclérose pulmonaire étendue emphysémateux, tuberculeux fibreux ; les diabétiques. On la pratiquera dans les affections génitales, qui ont entraîné une déficience marquée de l'état général, dans les anémies graves.

La vaginale est l'opération de choix chez les femmes âgées et nous verrons, dans nos observations, qu'elle a été pratiquée avec plein succès de très nombreuses fois, chez des malades ayant dépassé la soixantaine, souvent déprimées.

C'est l'intervention idéale chez les obèses. En effet, toute laparatomie est grave par le choc opératoire qu'elle entraîne, chez ces femmes dont les organes sont souvent déficients ; l'hystérectomie par voie haute, difficile à cause de la profondeur du champ opératoire, l'éventration fréquente à cause de la mauvaise qualité des tissus.

Au contraire, chose remarquable, l'obésité n'accroît nullement les difficultés des interventions par voie basse. Bien plus, les voies inférieures sont élargies et extensibles rendant, parfois, ainsi la vaginale particulièrement facile.

II

Indications dans les fibromes

Trois sortes de fibromes sont justiciables de l'hystérectomie vaginale.

- a) Certains polypes.
- b) Les fibromes de petit volume.
- c) Certains fibromes pour lesquels la voie haute est contre-indiquée par l'état général.

a) INDICATIONS DANS LES POLYPES.

Les polypes utérins justiciables de l'hystérectomie vaginale sont ceux qui ne sont pas justiciables de la simple torsion.

1^o *Les polypes sessiles.* Ces polypes sessiles sont souvent des fibromes extrêmement hémorragiques, pour lesquels, outre l'indication anatomique tirée du volume de l'utérus, il existe une indication tirée de l'état général : malade faible, très anémiée.

Dans ces cas, il faut savoir adapter le plan opératoire aux circonstances anatomiques. Ces polypes, par leur volume, occupent parfois la presque totalité du vagin, et gênent considérablement pour l'hystérectomie vaginale. On aura intérêt dans ce cas à pratiquer une polypectomie partielle, par morcellement ou énucléation, qui libérera

le vagin, réduira l'utérus et permettra d'attaquer les pédicules.

2^o *Les polypes pédiculés* chez lesquels il persiste après torsion, de la graine de fibrome ou de petits noyaux fibromateux. L'exérèse du polype faite, on aura intérêt à compléter par une hystérectomie vaginale.

3^o *L'indication majeure est posée par les polypes sphacelés.* Les gros polypes peuvent se sphaceler complètement dans le vagin. Tantôt, ils s'accompagnent d'hémorragies importantes. Tantôt, ils entraînent une résorption massive, provoquant un état de shock toxique, qui met la malade en péril (QUÉNU). Tantôt ces polypes à peine accouchés par le col, se gangrènent et suppurent causant quelquefois une véritable septicémie utérine.

Dans tous ces cas, un traitement chirurgical d'urgence s'impose.

Parfois, l'état de la malade est extrêmement grave. On aura intérêt alors à réduire l'intervention au minimum, à pratiquer l'exérèse de la masse sphacélée par torsion ou curage suivi de désinfection vaginale et utérine, par irrigation et tamponnements à la gaze iodoformée, quitte à pratiquer secondairement une hystérectomie vaginale.

Dans d'autres cas, l'état de la malade est grave, on devra pratiquer alors, comme premier temps de l'intervention, l'exérèse du polype sphacélé, qui permet la désinfection rigoureuse du vagin, avant d'ouvrir le ventre et après seulement, on pourra sans crainte pratiquer l'hystérectomie par voie basse.

Il est des cas où le polype sphacélé sort à peine du corps utérin ; dans ces cas, après désinfection rigoureuse du col et du vagin, on ferme l'orifice du col par une grosse pince de Museux, et l'on pratique une hystérectomie par

le procédé que nous décrirons et qui a l'avantage de ne pas ouvrir la cavité utérine.

De toute façon, tous les chirurgiens s'accordent à redouter la totale par voie haute, dans les cas de polype sphacélé, il semble donc logique de dire, que la vaginale est l'intervention idéale dans ces cas.

b) INDICATIONS DANS LES FIBROMES DE PETIT VOLUME.

Il s'agit généralement de fibromes sous-muqueux ou intra-muraux, chez des femmes de 38 à 50 ans.

L'indication opératoire est posée sur le syndrome hémorragie.

Nous voulons parler, de fibromes ne dépassant pas le volume du poing et parfaitement mobiles ; l'hystérectomie vaginale est alors l'intervention indiquée, par sa facilité, par son inocuité.

C'est la seule méthode dont la bénignité puisse être mise en parallèle avec la radiothérapie ; elle a l'avantage sur cette dernière d'assurer une guérison définitive.

On sait, en effet, combien après ont été les discussions sur les indications de l'hystérectomie et de la radiothérapie dans ces cas.

Nous estimons que la radiothérapie, méthode aveugle, car elle ne permet pas d'exploration, doit être formellement rejetée :

1^o L'indication est posée sur un seul examen clinique, le diagnostic reste incertain. Au cours des laparatomies, le chirurgien est souvent appelé à reconnaître son erreur, et à modifier sa tactique opératoire.

Il arrive de commettre une erreur totale (salpingite ou kyste de l'ovaire pris pour un fibrome.)

Il est très fréquent de faire une erreur partielle (méconnaître une salpingite au cours d'un fibrome).

Il n'est pas exagéré de dire, qu'entre les mains des meilleurs gynécologues, il existe une erreur totale ou partielle sur trois.

On voit donc le danger de la radiothérapie.

Au contraire, dans le procédé que nous décrirons, la colpotomie première, permet, comme nous le verrons, de faire une exploration complète du petit bassin, par un toucher intra-abdominal et d'adapter l'intervention aux lésions anatomiques : l'hystérectomie vaginale s'il s'agit d'un fibrome simple ; si, au contraire, le diagnostic est erroné, la colpotomie n'empêche nullement de terminer par une hystérectomie abdominale.

2° La radiothérapie ne vise pas à supprimer le fibrome, elle en diminue le volume, arrête l'hémorragie, abolit la fonction ovarienne.

a) Or, nous verrons dans le troisième chapitre, que la conservation tubo-ovarienne dans la vaginale donne des résultats fonctionnels supérieurs à la castration totale physiologique ou anatomique.

b) La vaginale supprimant l'utérus évite toute récurrence ou toute cancérisation. La radiothérapie laisse un utérus qui peut se cancériser, ou qui peut être, déjà un cancer. En effet, malgré un diagnostic clinique exact, elle ne permet pas de contrôler l'existence possible d'une dégénérescence sarcomateuse du fibrome (BÉGOVIN rapporte 7 cas de fibromes dégénérés sur 130 hystérectomies pour fibrome) ; dans ces cas elle donnerait peut-être un coup de fouet au cancer.

c) Enfin, un article récent (JEANNENEY, Bordeaux, *Presse Médicale*, décembre 1935) a comparé les statistiques de dégénérescence des fibromes. D'après TIXIER, J.-L. FAURE, FORGUE (Congrès de Chirurgie, 1934), thèse SOULAS (Montpellier, 1930), la fréquence relative de la dégénérescence des fibromes est de 2,25 %. L'étude

des statistiques rapportées par BURM (Berlin) 6 cas, DELHER (1927) 65 cas, M^{lle} SOULAS 16 cas, BENAERTS 8 cas, il existerait chez les irradiées, une proportion de 10 % de cancérisation après radiothérapie.

Sans vouloir parler des erreurs diagnostiques, qui ont pu être commises (cancers pris pour fibromes), l'apparition secondaire d'un cancer 2 à 3 ans après l'irradiation a pu faire incriminer la radiothérapie, comme cause prédisposante au cancer. On a invoqué les lésions scléro-cicatricielles créées par la radiothérapie, comme véritable état pré-néoplasique. On a rapproché la castration physiologique de la ménopause, période à laquelle les fibromes dégénèrent particulièrement ; on a accusé la radiothérapie à doses modérées d'agir comme véritable excitant de la division cellulaire, comme agent mitogénétique.

Toutes ces discussions sont hors de notre sujet ; il semble cependant qu'elles prouvent assez, que la radiothérapie n'est pas toujours une chose inoffensive.

L'hystérectomie vaginale, méthode permettant l'exploration qui confirme le diagnostic, méthode absolument bénigne, doit donc être préférée dans les cas de fibromes de petit volume.

c) INDICATIONS TIRÉES DE L'ÉTAT GÉNÉRAL.

Nous les avons déjà étudiées dans un précédent paragraphe.

Parfois, ces indications forcent à opérer des fibromes, qui, soit par leur mobilité, soit par leur volume, sont à la limite des indications de la vaginale.

Dans ces cas, nous verrons qu'il faut savoir combiner les différents procédés d'hystérectomie vaginale, entre eux, pour arriver à surmonter les difficultés opératoires. Il est certain que, dans ces cas l'hémisection antérieure,

postérieure ou totale, combinées à la section première des utéro-sacrés, concourent à élargir les possibilités opératoires.

Nous insisterons particulièrement sur les fibromes extrêmement hémorragiques, chez lesquels l'état de la malade est grave, au point de ne pas permettre toujours une laparatomie.

Ces fibromes sont éminemment justiciables de l'hystérectomie vaginale, méthode rapide et peu choquante.

Observations.

Nous apportons 38 cas d'hystérectomie vaginale pour fibrome.

Sur ces 38 cas, 24 ont été pratiqués dans des conditions faciles pour des fibromes de petit volume ; le procédé employé étant celui que nous décrivons : procédé par section première des utéro-sacrés.

Un cas particulièrement démonstratif est celui de l'observation 111. Il s'agissait d'une malade traitée six mois avant par la radiothérapie. Cette méthode n'avait pas tari ses pertes sanguines, elle a fait perdre du temps et l'on a trouvé, à l'intervention, un fibrome en dégénérescence avancée qui avait dépassé le fond utérin, mais qui a pu tout de même être enlevé par voie basse.

Quatre vaginales ont été pratiquées pour polype.

(Une pour polype hémorragique intracavitaire sessile ; deux pour polypes sphacelés, l'intervention étant faite en un temps ; un pour polype infecté avec septicémie, l'intervention étant faite en deux temps.)

Quatorze fois la section première des utéro-sacrés a dû être combinée à une hémisection antérieure, postérieure ou totale, à un morcellement ou à une énucléation.

Il faut bien dire, qu'il ne s'agissait pas toujours de fibromes « limite » où l'indication était tirée de l'état

général. Dès qu'un fibrome dépasse le volume du poing, tout en restant justiciable de la voie basse, il descend moins bien. Mais l'exploration et la confirmation diagnostique faites par colpotomie première, autorisent à combiner les procédés, et parmi eux l'hémisection est de tous, celui qui permet le mieux d'abaisser l'utérus ; l'énucléation, celui qui permet le mieux de le réduire sans hémorragie grave.

On peut avoir recours largement à ces méthodes, chez les malades dont l'état général est précaire. L'hystérectomie vaginale paraît pénible, difficile, parfois hémorragique ; en réalité, elle sera toujours plus inoffensive qu'une subtotale haute, même idéalement facile.

III

Indications dans les métrorragies survenant au moment ou après la ménopause.

1^o HÉMORRAGIES DE LA MÉNOPAUSE.

Dans ces cas, il faut savoir être extrêmement circonspect ; il s'agit, dans la plupart des cas, de phénomènes parfaitement normaux, aussi l'indication opératoire ne doit être posée que sur un diagnostic étayé par un examen clinique complet ; souvent, en effet, un fibrome latent est révélé par des hémorragies abondantes au moment de la ménopause ; il s'agit généralement de fibromes de petit volume, qui peuvent être facilement enlevés par voie vaginale.

Si l'examen ne montre pas de lésions anatomiques, il faut savoir résister à l'hystérectomie, ce n'est que la persistance de ces hémorragies, constatées au cours d'examen fréquents, où l'apparition d'un symptôme anatomique nouveau, qui doivent pousser à l'hystérectomie

dans la crainte de l'affection grave qu'est le cancer (J.-L. FAURE, *Presse Médicale*, mai 1930).

2^o MÉTRORRAGIES APRÈS LA MÉNOPAUSE.

Il n'est pas de symptôme, tel que l'hémorragie lorsqu'il est observé après la ménopause, qui engage aussi lourdement la responsabilité du chirurgien et qui exige de lui-même une décision précise, d'où dépend aussi directement la vie de la malade.

Sans parler du fibrome qui peut encore se révéler par des métrorragies après la ménopause, deux affections de pronostic tout différent viennent immédiatement à l'esprit en présence d'un tel symptôme : la métrite hyperplasique, affection bénigne ; le cancer du corps de l'utérus, affection essentiellement maligne.

a) Nous n'insisterons pas sur la gravité bien connue du cancer du corps de l'utérus, cette gravité doit hanter continuellement l'esprit du chirurgien, en présence de toute hémorragie après la ménopause. Il s'agit, en effet, d'une affection assez lente mais fatale : le cancer de la muqueuse du corps utérin, cancer cylindrique, cancer radio-résistant, et donc essentiellement chirurgical. Cette affection, longtemps limitée à l'utérus, ne donne pas d'adénopathie, ne se propage que tardivement au paramètre, ne nécessite donc qu'une hystérectomie totale simple.

b) La métrite hyperplasique souvent appelée métrite sénile se caractérise, tantôt par de gros utérus remplis de fongosités, d'autres fois par des formes polypeuses (polype muqueux remplissant l'utérus) ; d'autres fois encore par des formes villeuses, véritables villosités implantées souvent sur le fond de l'utérus. Il est des cas où il ne s'agit que d'utérus de dimensions normales, où l'on ne

rencontre que quelques rares proliférations, comparées à du frai de grenouille. Il en est d'autres où il ne s'agit que d'utérus scléreux fibreux, néanmoins hémorragiques.

Anatomiquement, la métrite hyperplasique ressemble parfois à s'y méprendre au néoplasme. Seule l'histologie permet un diagnostic précis, par la constatation capitale, qu'est le respect de la basale.

Cette affection est évidemment bénigne. Cependant, peu après la ménopause, elle pourrait constituer un état pré-cancéreux, favorable au développement du cancer du corps utérin. Plus tardivement, elle peut se manifester par des hémorragies très importantes, anémiant la malade, par des leucorrhées forçant la malade à se garnir continuellement, irritant la vulve et le périnée, parfois par des poussées de rétention douloureuse et hyperthermique, telle que nous l'avons observée, dans une des vaginales que nous avons pratiquée chez une femme de 73 ans (obs. 135).

La proportion relative de ces deux affections est très controversée ; d'après un article publié en 1930 par J.-L. FAURE : « On peut poser, en principe, que lorsqu'une femme qui n'a plus ses règles, voit apparaître des écoulements de sang et de liquide plus ou moins septique et sanguinolent, il y a 9 chances sur 10, si cette femme n'a rien au col, pour qu'elle ait un cancer du corps utérin. »

De l'étude des observations que nous apportons, on peut conclure que la fréquence du cancer du corps utérin est beaucoup moindre. BÉRARD, sur 98 cas d'hémorragie après la ménopause, trouve : 56 néoplasmes, 43 lésions bénignes. BUTAUD, dans sa thèse inspirée par QUÉNU, donne le chiffre de 56 %. REEB, n'a rencontré que 32,4 % de cancers du corps. Ces chiffres sont en opposition formelle avec la doctrine, qui veut que 90 % des hémorragies post-ménopausiques soient dues à des cancers du

corps utérin. La statistique du D^r TOUPET donne une proportion de 43 %, beaucoup plus voisine de la conception de BÉRARD.

Malheureusement, ces deux affections de pronostic différent se manifestent par des symptômes communs, des métrorragies plus ou moins abondantes, plus ou moins capricieuses et plus ou moins continues ; l'une et l'autre dans l'intervalle des métrorragies provoquent des leucorrhées de liquide visqueux, rosé, parfois purulent. Les symptômes physiques, du moins au début du cancer sont réduits à peu de chose, un utérus un peu gros, mobile et régulier.

En résumé, on ne peut compter en aucune façon sur l'examen clinique pour différencier ces deux affections.

Certains auteurs (BÉRARD, de Lyon) sont partisans absolus du curettage explorateur pour trancher ce diagnostic.

Nous nous rangeons complètement à l'opinion de J.-L. FAURE qui considère le curettage explorateur comme une manœuvre dangereuse.

En effet, s'il est positif, il ne sert à rien, puisqu'il ne fait qu'engager plus encore à une opération déjà décidée ; en revanche, il présente plusieurs inconvénients.

J.-L. FAURE le pratiquait extemporanément et lui reprochait déjà, en 1930, d'accroître la durée d'une intervention de toute façon nécessaire.

Si l'on accorde au curettage explorateur, la valeur que lui accorde le Professeur BÉRARD, il faut le pratiquer isolément et faire un examen anatomique au laboratoire, cet examen étant extrêmement délicat. Dans ce cas, nous le considérons comme franchement dangereux.

a) Au cours de notre internat, nous avons pratiqué

une fois un curettage explorateur, il s'agissait d'un cancer du corps de l'utérus chez une femme de 65 ans ; l'examen anatomique fut positif. L'intervention fut pratiquée 13 jours après le curettage, à ce moment nous ne connaissions pas la technique de l'hystérectomie vaginale et nous fîmes à la malade une hystérectomie totale. A l'ouverture de l'abdomen, nous fûmes frappé par une ascite assez abondante, qui nous fit rechercher une généralisation péritonéale ou hépatique qui n'existait pas macroscopiquement à ce moment-là. L'utérus était normal mais rouge. La pièce enlevée par hystérectomie totale montra un cancer de la corne gauche de la grosseur d'une noisette. Les suites opératoires furent parfaitement simples. Trois mois après, nous vîmes la malade en pleine généralisation cancéreuse, ascite, noyaux péritonéaux, elle mourut 2 mois après.

Etant donné la disproportion entre les lésions utérines et la rapidité de l'évolution, nous sommes persuadé que le curettage a été l'origine de cette généralisation.

Il paraît, en effet, parfaitement contradictoire de prendre des précautions pour ne pas traumatiser un utérus cancéreux avec des pinces blessantes, au cours d'une hystérectomie et, au contraire, de pratiquer 8 jours avant un curettage aveugle, avivant aussi bien les tissus néoplasiques que les tissus sains.

Enfin, le curettage peut venir donner une poussée salpingienne qui contre-indiquera la vaginale, opération idéale en ce cas.

b) Le curettage peut être négatif. L'examen anatomique douteux, cela ne veut absolument rien dire, en effet :

1^o La curette peut être passée à côté du néoplasme.

2^o La coupe peut porter sur des tissus non néoplasiques, alors qu'il existe des tissus cancéreux dans les

débris retirés au curettage ; les coupes devraient être extrêmement nombreuses, et l'on conçoit qu'un examen anatomique puisse être négatif, si les lésions ne sont pas volumineuses.

Le curettage est alors une manœuvre encore plus dangereuse, car il donnerait à la malade une fausse sécurité et permettrait l'évolution du cancer.

Nous croyons que dans ces cas d'utérus saignant et suppurant après la ménopause, il faut jouer la carte cancer et ériger en système l'hystérectomie. On ne risque que de sacrifier des utérus, qui ont perdu leur fonction et qui, selon le terme de J.-L. FAURE, contiennent parfois « un germe de mort ».

D'ailleurs, comme nous l'avons vu, la métrite hyperplasique est une affection bénigne. Elle n'en constitue pas moins parfois une affection extrêmement gênante, quelquefois douloureuse, s'accompagnant de poussées de rétention et qui, pour beaucoup d'auteurs, constitue un état pré-cancéreux. Mais, si l'on doit ériger en système l'hystérectomie, il faut tenir compte de l'état général de ces malades. Il s'agit souvent de vieilles femmes fatiguées, parfois obèses, au cœur déficient, aux reins altérés, qui supporteraient mal le choc opératoire.

Si l'on consent à sacrifier quelques utérus atteints de métrites bénignes, on n'a pas le droit de faire courir à ces femmes le risque d'une laparotomie large, en position de Trendelenbourg, avec hystérectomie totale, dont le pronostic est déjà plus sévère. Aussi doit-on avoir à sa disposition une méthode bénigne nullement choquante, qui supprime la parésie intestinale post-opératoire des larges laparotomies et qui permette d'enlever l'utérus *sans l'ouvrir*. C'est l'hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés que nous décrirons, qui nous paraît être la méthode de choix.

L'étude des observations que nous apportons montre :

Trente-huit cas de métrite hyperplasique, sans cancer, contre vingt-neuf cas de cancer du corps.

Ces chiffres sont les résultats d'une statistique basée sur l'hystérectomie systématique pour utérus saignant après la ménopause.

La proportion est de 43 cancers sur 100, inférieure à celle de BÉRARD.

Certes, on a trouvé souvent des utérus métritiques banaux, d'autres fois de véritables pyométries qui réagissaient sur l'état général de la malade. Un curettage explorateur eût peut-être donné la clef de l'étiologie.

Mais 5 observations particulièrement démonstratives montrent la valeur qu'il faut accorder à cette épreuve.

Deux fois (obs. 13 et 29) l'examen anatomique pratiqué par un histologiste compétent a étiqueté, cancer des lésions qui manifestement après hystérectomie, n'étaient que des métrites hyperplasiques.

Trois fois (obs. 30, 39 et 98), faits considérablement plus graves, plusieurs curettages négatifs ont été pratiqués, la pièce contenant un cancer.

Une fois, le curettage était parfaitement légitime, car il s'agissait d'une femme de 30 ans. Deux fois il aurait pu faire passer à côté du cancer chez des femmes de 61 à 65 ans.

D'où la règle formelle d'ériger en système, l'hystérectomie vaginale pour les utérus saignants après la ménopause.

IV

Indications

au cours des métrites hémorragiques du col.

L'hystérectomie dans les métrites hypertrophiques et saignantes du col doit être une méthode d'exception adoptée à des cas très précis. On la réservera à certains

cols ulcérés dans les prolapsus totaux des vieilles femmes, et à certains gros cols métritiques chez les multipares arrivant à l'âge de la ménopause. Nous voulons parler de lésions métrites très anciennes survenant sur des cols déchirés au cours d'accouchements antérieurs, s'accompagnant de formations polypeuses du col (polypes muqueux), de kystes durs disséminés à la surface extérieure du col (œufs de Naboth).

Ces cols s'accompagnent d'érosions multiples, qui résistent à tous les traitements médicaux, qui entraînent parfois un ectropion de la muqueuse utérine et qui saignent au moindre contact ; une leucorrhée importante mélangée à des pertes sanglantes gêne et inquiète la malade en provoquant parfois un prurit vulvaire ou de l'intertrigo. Ces métrites sont douloureuses, donnant des sensations de lourdeur dans le bas-ventre s'exagérant à la marche, à la fatigue et aux périodes menstruelles. Et cependant, ces lésions sont à peu près limitées au col ; l'examen montre un utérus à peine augmenté de volume, souvent rétroversé.

Il n'est pas douteux que ces gros cols métritiques, résistants à toutes les thérapeutiques médicales, constituent pour la malade une gêne et une fatigue considérables. Mais surtout ces tissus scléreux, fibreux, étranglés par des cicatrices, mal irrigués, constituent aux alentours de la ménopause un point d'appel pour le cancer, un grand nombre d'examens histologiques sont là pour le prouver. Il s'agit de tissus qu'il est souvent difficile d'étiqueter cancer ou métrite hypertrophique. En tous cas, ces cols suspects peuvent devenir des cancers, et c'est là, ce qui justifie leur traitement chirurgical.

Certes, on a proposé des exérèses locales : les amputations du col. En réalité, les multiples procédés proposés montrent bien l'inégalité de leur valeur. Si l'état de la malade, jeune et nullipare, forçait la main au chirurgien,

il est certain que l'amputation conoïde du col est une opération bien réglée donnant des résultats satisfaisants, mais il s'agit généralement de grandes multipares aux alentours de la ménopause, chez lesquelles le sacrifice de l'utérus n'est pas à redouter.

C'est donc à l'hystérectomie qu'il faudra recourir.

Là encore, à une affection relativement bénigne, il faut opposer une intervention sans gravité, c'est donc à l'hystérectomie vaginale que l'on aura recours.

Dans la statistique que nous apportons :

1^o L'hystérectomie vaginale pour col métritique isolée a été pratiquée 16 fois :

une fois (obs. 108) on a eu à la pratiquer sur un utérus après amputation du col pratiquée deux ans avant. Sur le pourtour de l'amputation conoïde du col, étaient apparues des lésions tout à fait identiques à celles qui avaient indiqué la première intervention. Leur intensité, leur résistance à toute thérapeutique obligèrent à sacrifier l'utérus ;

une autre fois une muqueuse en ectropion cachait un épithélioma endocervical.

Nous faisons remarquer le petit nombre d'hystérectomies pratiquées sur l'indication : col métritique. 16 cas est un nombre infime vis-à-vis de 177 hystérectomies vaginales et surtout de 16 ans de pratique hospitalière et civile très active.

2^o Dans 15 cas des lésions métriques graves, ont obligé à pratiquer une hystérectomie vaginale comme premier temps d'une tare chirurgicale de prolapsus. Il est bien certain (et nous le verrons lorsque nous étudierons ces cas) que les ulcérations douteuses du col sont particulièrement fréquentes chez les vieilles femmes porteuses de prolapsus totaux ; et l'on convient qu'il serait illogique de réparer ceux-ci, en laissant un col suspect de cancer ou

de dégénérescence, alors que la vaginale est particulièrement bénigne et facile dans ces cas.

V

Indications dans les hémorragies d'origine endocrinienne.

Il s'agit bien entendu des hémorragies rebelles à tout traitement y compris le curettage.

Dans les observations que nous apportons, nous en découvrons trois cas. L'un d'eux que nous avons observé est particulièrement démonstratif (obs. 129).

Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans, qui entre dans le Service pour des métrorragies persistantes.

Dès l'âge de 24 ans, ses règles ont augmenté de volume et de durée. Pendant deux à trois ans, elle a été traitée par des hémostatiques généraux (chlorocalcium, hémostyl, etc...). Aucune amélioration n'étant survenue, elle consulte un médecin, qui est frappé par le déséquilibre endocrinien de cette femme. En effet, elle est nerveuse, le regard brillant ; un léger goitre et du tremblement témoignent d'un certain degré de dysthyroïdie. Tous ces phénomènes sont accrus à l'approche des règles qui augmentent toujours de durée. Elle est traitée à ce moment par l'antelobine qui n'apporte guère d'amélioration.

Avant d'entrer dans le Service, on lui fait une série d'insuline sans résultat.

Elle entre une première fois pour un curettage. Une amélioration passagère s'ensuit. Mais bientôt les hémorragies reprennent aussi tenaces qu'auparavant.

Elles fatiguent la malade et constituent pour elle une gêne considérable.

On conçoit aisément la légitimité d'une hystérectomie

dans ce cas. La vie de la malade s'en est trouvée transformée. Elle a eu certes, malgré la conservation des ovaires, des troubles sérieux de castration chirurgicale. Elle ne compare pas leur désagrément à la vie qu'elle menait.

Mais si l'intervention mutilatrice s'impose, c'est à la vaginale qu'il faut avoir recours.

L'utérus est libre, elle est donc idéalement facile et sans danger, ce qui n'est pas à dédaigner, chez ces femmes affaiblies par leurs pertes, parfois sous le coup d'un déséquilibre endocrinien grave. Par la conservation des ovaires, on peut espérer éviter les troubles de la ménopause. Enfin détail accessoire, elle ne laisse pas de cicatrice.

VI

Indications dans les prolapsus.

L'hystérectomie vaginale n'est pas la méthode de choix dans le traitement des prolapsus. En effet, en sacrifiant l'utérus par en bas, on se prive du meilleur agent de suspension du dôme vaginal. Chaque fois que l'état de la malade le permet, la colpopérinéoraphie antérieure et postérieure, suivie d'une hystéropexie isthmique directe sera le meilleur procédé : il permet en effet, une reconstitution périnéale et une fixation vaginale solide qui éliminent les chances de récurrence.

Mais il est des cas où l'utérus doit être enlevé :

- Soit que le corps soit le siège d'une affection chirurgicale (fibrome, néo) ;
- Soit que le col soit le siège d'une lésion chirurgicale.

Deux lésions sont particulières aux prolapsus vaginaux :

- a) *La métrite ulcéreuse du col ;*
- b) *L'allongement hypertrophique.*

a) Les ulcérations du col sont fréquentes au cours des prolapsus. Les unes sont bénignes, faciles à désinfecter et à guérir. On devra les panser soigneusement avant l'intervention, car elles risquent par leur suppuration d'en compromettre le résultat.

Souvent dans les prolapsus récents ou peu développés, des femmes jeunes, elles régressent parfaitement et au bout de quelques jours, on peut faire la cure radicale du prolapsus.

D'autres fois et particulièrement chez les femmes âgées et dans les prolapsus totaux ces lésions sont atones, suintantes, s'accompagnent d'un ectropion de muqueuse ; sans être cancéreuses, leur base n'est plus souple, elles ne guérissent pas. Il serait illogique de faire une cure radicale du prolapsus en laissant un col dont les lésions ne demandent qu'à dégénérer. On est bien obligé de recourir à l'hystérectomie.

b) L'allongement hypertrophique est une affection fréquente. Le col et l'isthme participent au prolapsus. Ils s'hypertrophient, s'étirent au point de mesurer cinq à huit centimètres. Il serait illusoire de pratiquer dans ces cas une hystéropexie. Ce sont les tissus au-dessous de la fixation qui sont allongés. On ne réduirait pas le prolapsus et là encore l'hystérectomie s'impose comme temps essentiel de l'intervention.

Mais de même qu'en cas de conservation utérine, la fixation se fait par voie haute, si l'état de la malade le permet, c'est aussi par voie abdominale qu'il faut faire l'hystérectomie totale, afin de pouvoir régler à vue la suspension vaginale par les ligaments ronds.

On voit donc que le champ de l'hystérectomie vaginale

est considérablement rétréci. Il est fait des contre-indications de la laparatomie et de certains cas spéciaux.

On lui réservera :

1^o Les prolapsus des vieilles femmes, qui veulent conserver un vagin. Chez elles la voie haute est contre-indiquée par l'état général. Leur utérus doit être enlevé d'abord, parce qu'il est souvent le siège de lésions incurables du col, ensuite parce qu'il est souvent le siège d'un allongement hypertrophique du col, enfin parce que, par son poids même, il contribue à provoquer le prolapsus.

C'est donc à l'hystérectomie vaginale que l'on aura recours ; hystérectomie très facile puisqu'on a en quelque sorte l'utérus dans la main, hystérectomie où l'on pourra dissocier le pédicule supérieur et en lier les éléments, où l'on pourra surtout suspendre la tranche vaginale par le ligament rond raccourci.

La vaginale avec suspension de la tranche, complétée par une colpectomie antérieure et postérieure et une myoraphie des releveurs donne des résultats excellents et permet la conservation du vagin.

2^o Chez les femmes jeunes, ce procédé doit être une exception seulement réservée aux femmes très grasses, où toute intervention abdominale serait dangereuse, vouée à l'échec.

3^o On doit réserver une place spéciale à la vaginale associée au Lefort.

Sans doute, dans beaucoup de cas les lésions ulcéreuses du col ne sont pas assez graves, pour nécessiter l'exérèse de l'utérus, et les conduits latéraux du vagin suffisent à assurer le drainage de cet utérus sénile et atrophie.

Mais il est des cas où il serait imprudent de laisser un utérus dont le col est farci d'ulcérations suspectes, saignantes et suppurantes. Rien n'est plus facile alors, après

avoir fait la colpectomie antérieure et postérieure, que de pratiquer une vaginale et de terminer par l'adossement des deux colpectomies.

Nous apportons dans nos observations 41 cas d'hystérectomies pour prolapsus.

Sur 41 cas, 20 de 1920 à 1924, et 21 de 1924 à 1936. Ce qui montre bien combien le Dr TOUPET a pu restreindre les indications de la vaginale pour les prolapsus.

Sur ces 41 cas, 15 fois l'hystérectomie vaginale a été imposée par des lésions douteuses du col.

Un seul cas (Dr GIBERT) la vaginale a été associée à un Lefort (obs. 136).

Nous étudierons dans notre troisième chapitre les résultats de ce procédé.

VII

Indications dans l'infection puerpérale.

L'hystérectomie vaginale est surtout indiquée dans l'infection après l'avortement, quelquefois dans l'infection après l'accouchement.

A. — INFECTION POST-ABORTUM.

L'hystérectomie vaginale est applicable :

- 1^o dans les infections utérines graves ;
- 2^o dans les péritonites puerpérales ;
- 3^o dans certaines perforations utérines ;
- 4^o dans l'infarctus utérin.

1^o *Infections utérines graves.* — Lorsque, après un curage ou un curettage bien faits, la fièvre reste élevée pendant plusieurs jours, le pouls rapide, l'utérus gros,

mou et douloureux, les pertes purulentes abondantes, l'indication de l'hystérectomie peut venir se poser précocement.

C'est là un problème extrêmement difficile. D'un côté de redoutables menaces qui pousseraient à l'intervention : la septicémie qu'annonce déjà des frissons ; la rapidité du pouls ; la péritonite que fait craindre parfois une poussée diarrhéique, un ventre douloureux un peu météorisé.

D'un autre côté, des arguments qui poussent à temporiser. Sans doute, la température reste en plateau à 39-40, mais l'état général n'est pas altéré ; elle a eu des frissons, mais l'hémoculture pratiquée reste négative ; on a aussi à l'esprit, combien de flambées thermiques analogues qui, au bout de 3 ou 4 jours, ont guéri spontanément, ou au prix d'une lésion annexielle. Enfin, il est pénible de se résoudre précocement à une hystérectomie, opération sérieuse à faire dans des conditions précaires, chez une jeune femme qui guérirait peut-être sans elle.

Il n'est pas question de donner une règle dans ces cas difficiles. Une fièvre élevée *post-abortum*, résistant au curettage et qui n'est pas expliquée par une localisation salpingienne est pleine de menaces.

Si elle dure, si les frissons apparaissent ou se rapprochent, l'hystérectomie doit s'imposer à l'esprit du chirurgien ; mais c'est finalement à son seul sens clinique de décider de l'utilité et du moment de l'opération.

C'est peut-être à ne pas être assez précocement interventionniste que l'on doit de perdre encore un nombre assez élevé de septicémies ou de péritonites puerpérales. Mais si une intervention s'impose : c'est une opération peu choquante, qui n'ouvre pas l'utérus, qui n'inocule pas la grande cavité péritonéale et qui permet un large drainage par en bas.

L'hystérectomie vaginale par section première des

utéro-sacrés, réunit tous ces avantages : elle est l'intervention indiquée.

Elle n'en est pas moins difficile, car le volume de l'utérus n'est pas négligeable et surtout parce que le tissu utérin est extrêmement friable. Aussi doit-on agripper le col, non pas avec des pinces de Museux trop blessantes, mais avec de larges pinces à kyste qui déchirent moins.

2^o *Péritonite puerpérale.* — Son diagnostic est souvent très difficile et c'est parfois au cours d'une vaginale qui vise à enlever un utérus septique, qu'on a la surprise de trouver un flot de pus dans le ventre.

D'autres fois un abdomen météorisé et tendu, quelques vomissements, de la diarrhée, font porter le diagnostic de péritonite, chez une femme très fatiguée, très infectée. Une intervention de drainage s'impose, qui supprimera en même temps l'utérus septique. La vaginale par le peu de choc qu'elle occasionne, par le drainage déclive qu'elle réalise est l'opération de choix.

Hélas, le pronostic en reste extrêmement grave. Notre statistique heureusement limitée en témoigne : 5 interventions, 3 décès.

3^o *Les perforations utérines.* — La vaginale est une méthode de grande exception. En effet, dans la plupart des cas, il s'agit d'une perforation grave faite au dehors, au cours de manœuvres abortives brutales et septiques ; le laparatomie s'impose pour faire l'inventaire des lésions qui peuvent être en même temps intestinales et utérines, et pour leur appliquer le traitement convenable.

S'il s'agit d'une perforation faite au cours d'un curetage aseptique, sur un utérus non infecté, l'expectative est la conduite logique.

Ce n'est qu'au cas de perforation utérine faite par le chirurgien lui-même sur un utérus profondément infecté, que l'on a le droit de faire d'emblée une vaginale, à la

condition d'avoir la certitude de n'avoir lésé aucun viscère abdominal : Nous en apportons 3 cas avec 3 guérisons.

4^o *L'infarctus utérin compliquant l'avortement.* — L'infarctus utérin est une affection utérine due à l'action corrosive de l'eau de savon.

Son tableau clinique a été bien étudié en France par MONDOR. Récemment, le Professeur MOCQUOT en a rapporté deux cas, dont l'un fut traité par l'hystérectomie vaginale et guérit parfaitement. Il signale à ce propos que son observation est le premier cas d'infarctus guéri par la vaginale.

C'est, en effet, l'opération de choix à cause du traumatisme opératoire minime qu'elle impose à ces femmes dont l'état général est extrêmement grave, qui sont presque dans le collapsus, à la veille d'une hépato-néphrite grave.

Mais cette intervention impose des conditions rigoureuses : l'intégrité des annexes, la limitation des lésions à l'utérus, un examen minutieux devra le préciser. La vaginale n'est ni toujours, ni longtemps possible. Hélas « c'est au caractère de cette lésion d'être rapidement extensive ». L'infarctus ne reste pas longtemps limité à l'utérus, il s'étend aux trompes, au paramètre ; un processus infectieux vient s'ajouter réalisant une véritable gangrène utérine. Le stade de la vaginale est rapidement dépassé et par nécessité on doit recourir à l'abdominale.

B. — INFECTION POST-PARTUM.

Les indications de la vaginale sont exceptionnelles. Elles se calquent sur le tableau de l'infection utérine et de la péritonite que nous avons décrit à propos de l'avortement.

Hélas leur gravité est certainement supérieure à celle du *post-abortionum*, leur rapidité évolutive plus grande.

La voie vaginale est très exceptionnellement indiquée. En effet, l'involution utérine est très imparfaite, l'utérus trop gros, la fragilité du myomètre extrême, aussi doit-on le plus souvent recourir à l'abdominale pour enlever ces utérus.

VIII

Indications dans l'inversion utérine.

Il s'agit d'une affection extrêmement rare, qui peut se produire :

- exceptionnellement au cours d'un polype du fond ;
- très rarement *post-partum* au cours de la délivrance.

Il est rare que l'inversion ne s'accompagne pas de lésions utérines graves. Leur étendue et leur gravité ne pourront être appréciées qu'après réduction. Celle-ci se fera après colpotomie par hystérotomie postérieure. L'utérus réduit, on pourra seulement alors juger de l'indication à l'hystérectomie qui est naturellement la plupart du temps imposée, et l'on est ramené alors à une vaginale par hémisection postérieure :

- facile en cas de petit polype ;
- très difficile en cas d'utérus gravidique.

* * *

Telles sont les indications de l'hystérectomie vaginale. Volontairement, nous avons omis :

Les cancers du col utérin.

Les suppurations pelviennes.

Les chorio-épithéliomes.

a) Deux méthodes se partagent les indications posées par le cancer du col utérin. La radiumthérapie, l'hystérectomie élargie type Wertheim.

Dans la grande majorité des cas le cancer du col de l'utérus, cancer pavimenteux, sera justiciable de la radiumthérapie.

Les résultats de ce traitement sont assez encourageants pour l'adopter par principe après contrôle de la variété histologique du cancer. L'hystérectomie élargie au contraire sera réservée aux lésions strictement limitées au col et aux cancers compliqués de salpingites. La colpo-hystérectomie élargie opération de Schauta modifiée par CUNÉO et PICOT a eu ses indications, chez les sujets fatigués, obèses, lorsque le cancer du col était essentiellement chirurgical. Actuellement, le champ de l'hystérectomie se rétrécit tous les jours et les contre-indications de la vaginale se confondent avec celles des deux méthodes.

Chez les malades obèses fatiguées, le radium est tout indiqué.

Dans les cancers compliqués de salpingite ou les cancers déjà traités par le radium, la voie haute est l'opération de choix car l'utérus est peu mobilisable et s'abaisse trop mal pour une vaginale sans hémisection.

Enfin, bien que les auteurs qui ont prôné cette méthode aient prétendu pratiquer de véritables Wertheim vaginaux en enlevant le paramètre après dissection des uretères, il est certain que c'est là, une méthode extrêmement difficile. Les uretères ne peuvent guère être abordés par la voie vaginale, aussi leur danger limite-t-il l'exérèse du paramètre condition essentielle pour que l'opération soit efficace.

Pour toutes ces raisons, l'hystérectomie vaginale dans les cancers du col est à peu près abandonnée dans le Service du Dr TOUPET, au profit de la curiethérapie et de l'opération de Wertheim.

b) L'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes a été récemment étudiée (BAILLIS, Thèse Paris, 1929). Dans sa statistique VON TOTH (1929) publie 105 vaginales pour suppuration pelvienne, avec 2 morts, 2 hémorragies, 3 fistules intestinales, 2 laparatomies supplémentaires pour déchirures intestinales irréparables par en bas. Cela fait 9 accidents dont 2 mortels, entre les mains d'un chirurgien particulièrement entraîné.

C'est, en effet, une opération très difficile qui se passe au fond d'un puits, sur un utérus fixé qui ne descend pas, dont on à peine à reconnaître le contour. C'est une opération aveugle, en effet, les adhérences que contractent les poches inflammatoires avec la vessie, le rectum, l'intestin donnent le maximum de chances de blesser ces organes et surtout de ne pas pouvoir aisément vérifier leur état et réparer leur blessure. Enfin, c'est une opération sans sécurité au point de vue hémostase : les pinces sont mises sur des tissus friables et exposées au lâchage ; la moindre faute est extrêmement difficile à réparer.

BAILLIS lui, reconnaissait deux indications :

- 1^o les suppurations haut situées menaçant le péritoine de la grande cavité ;
- 2^o les échecs de la colpotomie.

Il est certain, en effet, que ce sont le plus souvent des suppurations à évolution haute, bombant parfois dans le cul-de-sac vésico-utérin qui sont à l'origine de péritonites par perforation de pyosalpinx. Il est cependant exceptionnel que ces perforations surviennent chez des malades en traitement, au repos, à la glace, à la vaccinothérapie.

Il faut bien reconnaître qu'une évolution particulièrement aiguë et extensive pourrait forcer la main du chirurgien. Dans ces cas rares où la poche salpingienne ne peut pas être atteinte par le Douglas, il vaut mieux se résoudre à une laparatomie. Sous protection minutieuse du péritoine on vide à l'aspirateur les poches purulentes. Et l'on termine par un simple drainage en protégeant la grande cavité par un Mikulicz et une lame de caoutchouc ondulé. C'est une intervention rapide qui ne fatigue pas la malade, et ne lui fait pas courir les dangers de la vaginale.

Mais la plupart du temps, la collection évolue vers le Douglas et peut être traitée par colpotomie. C'est contrairement à ce que beaucoup de chirurgiens pensent, une opération très difficile. Ses échecs sont dus à une technique insuffisante.

En effet, si dans quelques cas favorables, la simple incision du Douglas peut suffire, dans la majorité la colpotomie est une opération beaucoup plus complexe. C'est parfois un cloisonnement du cul-de-sac, qui ne fait ouvrir qu'une cavité pleine de liquide séreux, alors que les poches salpingiennes sont plus haut. C'est d'autres fois un seul pyosalpinx qui est ouvert dans le Douglas, alors que, de l'autre côté, la trompe est le siège d'un gros abcès qui n'est pas perforé, ou qui n'est pas encore mûr pour être ouvert. Ce peut être une énorme coque périsalpingienne qu'il faut traverser pour entrer dans la poche purulente. Voilà pourquoi, la colpotomie est une opération difficile qui ne doit pas être une simple incision, mais qui doit être suivie d'une exploration minutieuse de la poche, pour en repérer et traiter les diverticules, les foyers accessoires. Elle est à peu près toujours une intervention suffisante, lorsqu'elle est pratiquée dans ces conditions au besoin avec des retouches, si la température témoigne d'un abcès qui a échappé lors de la première incision.

Certes, on peut observer quelques fistules suppurées,

dues sans doute à la communication établie entre les muqueuses vaginales et tubaires.

La plupart du temps, la colpotomie a guéri ou considérablement amélioré ces salpingites, jusque-là inopérables et rien n'empêche alors de pratiquer une hystérectomie abdominale.

c) Enfin, il faut rejeter l'hystérectomie vaginale pour les chorio-épithéliomes, à cause de leur volume, qui nécessiterait une hémisection, surtout à cause de l'association des kystes lutéiniques des ovaires si fréquents dans cette affection.

Certains auteurs (J.-L. FAURE, DOUAY) ont pu cependant trouver une indication, en cas de chorio-épithéliome infecté et hémorragique chez une femme en état septicémique, qui n'aurait pu supporter une abdominale. C'est là un cas d'exception et dans l'ensemble le chorio-épithéliome n'est pas justiciable de la vaginale.

En résumé : Trois lésions fréquentes se partagent les indications de la vaginale. Ce sont :

Les fibromes de petit volume.

Les hémorragies après la ménopause.

Les cols métritiques suspects de cancer.

CHAPITRE II

TECHNIQUE

I

Rappels anatomiques.

Pour faire une hystérectomie vaginale le chirurgien doit :

- 1^o *Sectionner les ligaments qui s'opposent à la descente de l'utérus.*
- 2^o *Pincer les pédicules vasculaires qui l'abordent*
- 3^o *Eviter un danger essentiel : l'uretère.*

1^o MOYENS DE FIXITÉ DE L'UTÉRUS.

a) *Ligaments ronds et ligaments infundibulo-pelviens :*
Le ligament rond s'oppose très peu à la descente de l'utérus. Le ligament infundibulo-pelvien est fragile, aussi doit-on éviter de l'attirer violemment au cours de la descente de l'utérus. Il peut être court, rétracté, maintenant les annexes des droits supérieurs, aussi serait-il dans certains cas imprudent de l'attirer dans le vagin pour le pincer. C'est pourquoi le procédé que nous décrivons consiste à laisser en place les annexes, et à pincer en bloc, ligament rond, trompes et arcade sous-tubaire à leur insertion utérine.

b) *Ligaments utéro-sacrés* : leur importance est fondamentale, c'est, en effet, le principal obstacle à la mobilisation utérine. Ils sont constitués par la portion postérieure des lames sacro-recto-génito-pubiennes : tissus

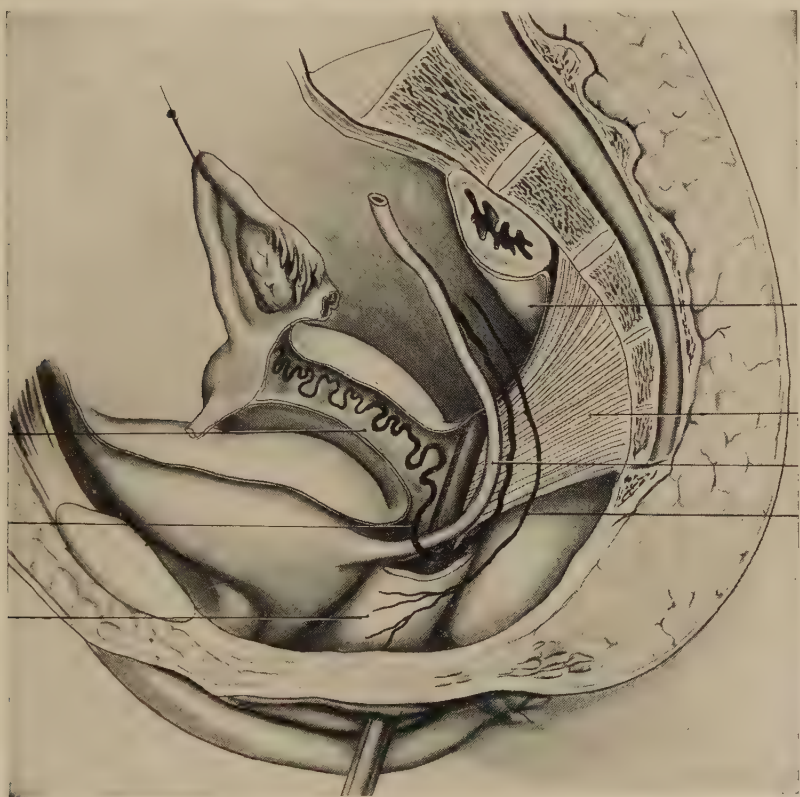


FIGURE I.

fibreux denses, fibres musculaires lisses, éléments sympathiques et quelques artérioles généralement sans importance. C'est là, l'élément essentiel qui s'oppose à la descente de l'utérus. Aussi leur section première est-elle la clef de l'hystérectomie. Cependant, il ne faut pas mécon-

naître le voisinage de l'uretère qui rendrait cette manœuvre dangereuse, si l'on ne pouvait abaisser le col. L'uretère est en effet, collé très intimement au feuillet postérieur du ligament large et longe le ligament utéro-sacré.

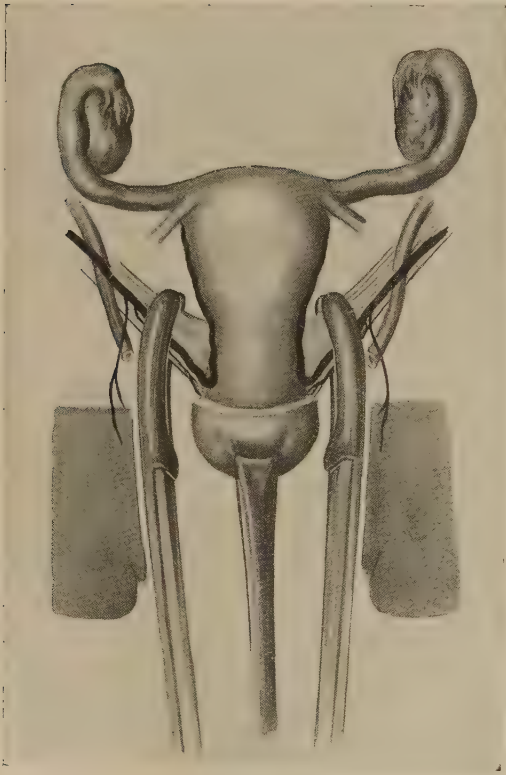


FIGURE I bis.

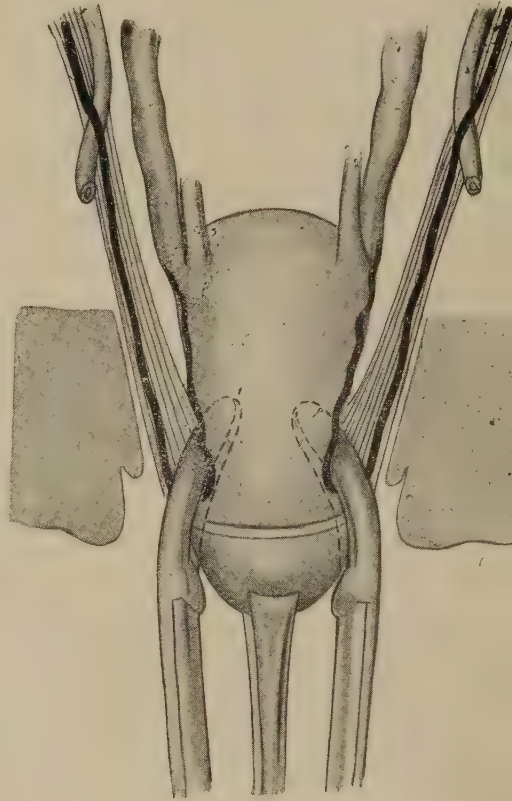


FIGURE 2.

Il s'en écarte de 2 cm. environ pour gagner le bord utérin à la hauteur de l'isthme. Uretère et utéro-sacré forment un angle dièdre ouvert en avant.

Les figures I et I bis montrent les rapports intimes de l'uretère avec l'utéro-sacré lorsque l'uretère est en place.

La figure II montre combien l'uretère est éloigné lorsque le col est abaissé.

La première manœuvre de l'hystérectomie vaginale doit donc être une tentative pour abaisser l'utérus. Si



FIGURE III.

l'on y parvient même très peu, si l'on a pu décoller la vessie, ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin et mettre une valve qui maintient la vessie et les uretères, on peut en toute sécurité pincer les utéro-sacrés, et l'utérus descend d'un seul coup (fig. III).

2^o PÉDICULES VASCULAIRES.

a) *Le pédicule essentiel et le pédicule inférieur utéro-vaginal* : L'artère utérine croise par sa crosse la face antéro-supérieure de l'uretère au niveau de l'isthme à 15 mm. environ de lui et gagne le bord utérin, qu'elle suit jusqu'à la corne utérine, où elle s'anastomose à plein canal avec le pédicule supérieur. Elle est sinueuse et intimement collée à l'utérus, cramponnée à lui par une série de branches qui le pénètrent, donnant des rameaux en fourche, se distribuant à ses deux faces, sans s'anastomoser d'une façon importante sur la ligne médiane. Une déduction en découle : l'artère utérine suit l'utérus dans son abaissement. Au point où l'utérine croise l'uretère, elle donne ses branches cervico-vaginales, qui englobent le dernier segment de celui-ci. Mais l'abaissement de l'utérus provoque le déroulement de la crosse utérine, l'extériorisation de cette crosse et l'éloignement de l'uretère.

En résumé : pour l'abord du pédicule inférieur, un seul danger l'uretère, voilà pourquoi après avoir dégagé la vessie, on la récline derrière une valve qui la maintient en même temps que les uretères, mais surtout on abaisse l'utérus et après désinsertion du col, on repousse tout ce qui se trouve sur la face externe des ligaments utéro-sacrés et du pédicule, c'est-à-dire l'uretère, et à ce moment seulement, on peut pincer en même temps utéro-sacrés et utérine.

b) *Pédicule supérieur* : le pédicule supérieur est constitué, comme nous l'avons vu, par le ligament rond, la trompe et l'arcade sous-tubaire ; rien n'est plus simple lorsque l'utérus est extériorisé que de pincer en masse et à vue le bord utérin du ligament large et le ligament rond (fig. III).

3^o CONDITIONS ANATOMIQUES.

Nous voyons que l'hystérectomie vaginale est une opération où le danger essentiel est formé par l'uretère et nous avons déjà étudié les moyens d'éviter ce danger. Nous résumerons donc les conditions anatomiques nécessaires pour entreprendre une hystérectomie vaginale :

1^o *Il doit s'agir d'une affection utérine.*

2^o *Le volume de l'utérus* ne doit pas excéder celui d'un gros poing : un excès de volume gênerait la descente, rendrait l'hystérectomie vaginale très difficile, obligerait à un morcellement, et ne se justifierait à la rigueur que si l'hystérectomie abdominale était contre-indiquée.

3^o *L'utérus doit être parfaitement mobile*, des lésions salpingiennes, empêchant la descente de l'utérus, outre qu'elles ne sont pas justiciables de l'hystérectomie vaginale, rendraient cette opération dangereuse, car nous avons vu que la condition essentielle était la possibilité d'abaisser l'utérus pour éloigner l'uretère.

II

Caractéristiques essentielles du procédé.

1^o EXPLORATION.

La voie vaginale doit comme la laparatomie permettre une exploration. Cette dernière se fera par colpotomie première. Le toucher direct, après colpotomie permettra de contrôler le diagnostic, de vérifier la possibilité d'une exérèse par voie vaginale.

2° EXÉRÈSE DE L'UTÉRUS EN BLOC SANS L'OUVRIR.

De multiples procédés d'hystérectomie vaginale ont été décrits. Beaucoup d'entre eux sont caractérisés par une hémisection antérieure, postérieure ou totale. Ils supposent donc l'ouverture de la cavité utérine, cavité septique. L'hystérectomie vaginale, actuellement, doit être conduite avec les mêmes règles d'aseptie que l'hystérectomie abdominale. Le procédé que nous décrirons est caractérisé par l'exérèse de l'utérus en bloc et sans l'ouvrir.

3° DÉBRIDEMENT VULVO-VAGINAL.

L'hystérectomie vaginale pour être facile, ne doit pas se heurter à des difficultés vaginales. Dès que l'étroitesse du vagin entraîne quelque gêne opératoire, il ne faut pas hésiter à faire un large débridement vulvo-vaginal, dont nous verrons la technique. Au prix d'un délabrement minime, on obtient des facilités de manœuvre et une exposition du champ qu'on ne peut même imaginer, si on ne l'a pas utilisé.

4° SECTION PREMIÈRE DES UTÉRO-SACRÉS.

C'est là, la caractéristique anatomique essentielle du procédé. Nous avons vu que les utéro-sacrés constituaient l'agent capital, qui empêche la descente de l'utérus. Leur section première permet d'abaisser d'emblée l'utérus. On est surpris lorsque l'on a sectionné ces deux ligaments, de voir le corps de l'utérus descendre facilement hors de la vulve.

5° CONSERVATION DE LA TROMPE ET DE L'OVAIRE.

Leur exérèse rend difficile l'intervention. Leur conservation simultanée, diminue peut-être les troubles de la

ménopause, en tout cas, elle permet l'extériorisation facile du pédicule supérieur dans le vagin.

6° EXTÉRIORISATION DES PÉDICULES DANS LE VAGIN.

L'hémostase des pédicules est faite par pinces à demeure. En effet, le remplacement des pinces par des ligatures est difficile. Les ligatures sont rarement correctes. Les pinces à demeure à condition d'être enlevées tardivement (4^e ou 5^e jour), sont un excellent moyen d'hémostase.

Toutes les critiques qu'on a pu leur faire (formation d'adhérences, infection, occlusion par agglutination d'anses à leur contact) tombent par le fait qu'on pratique par principe l'extériorisation des pinces et pédicules dans le vagin.

De cette façon : 1° la pince à demeure est hors de contact avec les anses intestinales ; 2° le pédicule se sphacèle, non dans le ventre mais dans le vagin.

III

Procédé type

1° INSTRUMENTATION SPÉCIALE.

a) Un jeu de quatre valves de Doyen (une valve de 6 cm. × 6 cm., deux valves de 9 cm. × 6 cm. de large, une valve de 12 cm. × 6 cm.).

b) Six pinces de Museux.

c) Deux longues aiguilles de Reverdin.

d) Deux longues pinces à disséquer à griffe.

e) Dix clamps boutonnés (la tranche de ces clamps est boutonnée, ce qui les rend antidérapants, ils sont en acier chromé, ce qui les rend solides et inoxydables).

- f) Une sonde de Malécot.
- g) Une paire de ciseaux de 22 cm.
- h) Une boîte de larges mèches iodoformées, communément appelées mèches à prostate.

2^o SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES.

- a) Désinfection du vagin plusieurs jours avant.
- b) Purgation et constipation.

3^o MANUEL OPÉRATOIRE.

a) *Position de la malade.* La malade est en position gynécologique, en léger déclive, sous anesthésie rachidienne ou générale. On pratique sur la table d'opération : 1^o Le sondage de la malade ; 2^o La désinfection complète du vagin (cette désinfection doit être faite au spéculum, en vérifiant que toute la muqueuse est badigeonnée de teinture d'iode).

b) *Position des chirurgiens.* Il faut deux aides. La table à instruments du chirurgien se trouve derrière lui. L'aide en premier se trouve à la droite du chirurgien, l'aide en second à sa gauche, il tiendra les valves. Un éclairage frontal est utile pour cette intervention.

Intervention.

1^o MISE EN PLACE DE LA VALVE POSTÉRIEURE.

On se sert pour cela d'une valve de moyenne longueur. Avec une pince de Museux, on saisit solidement la lèvre postérieure du col.

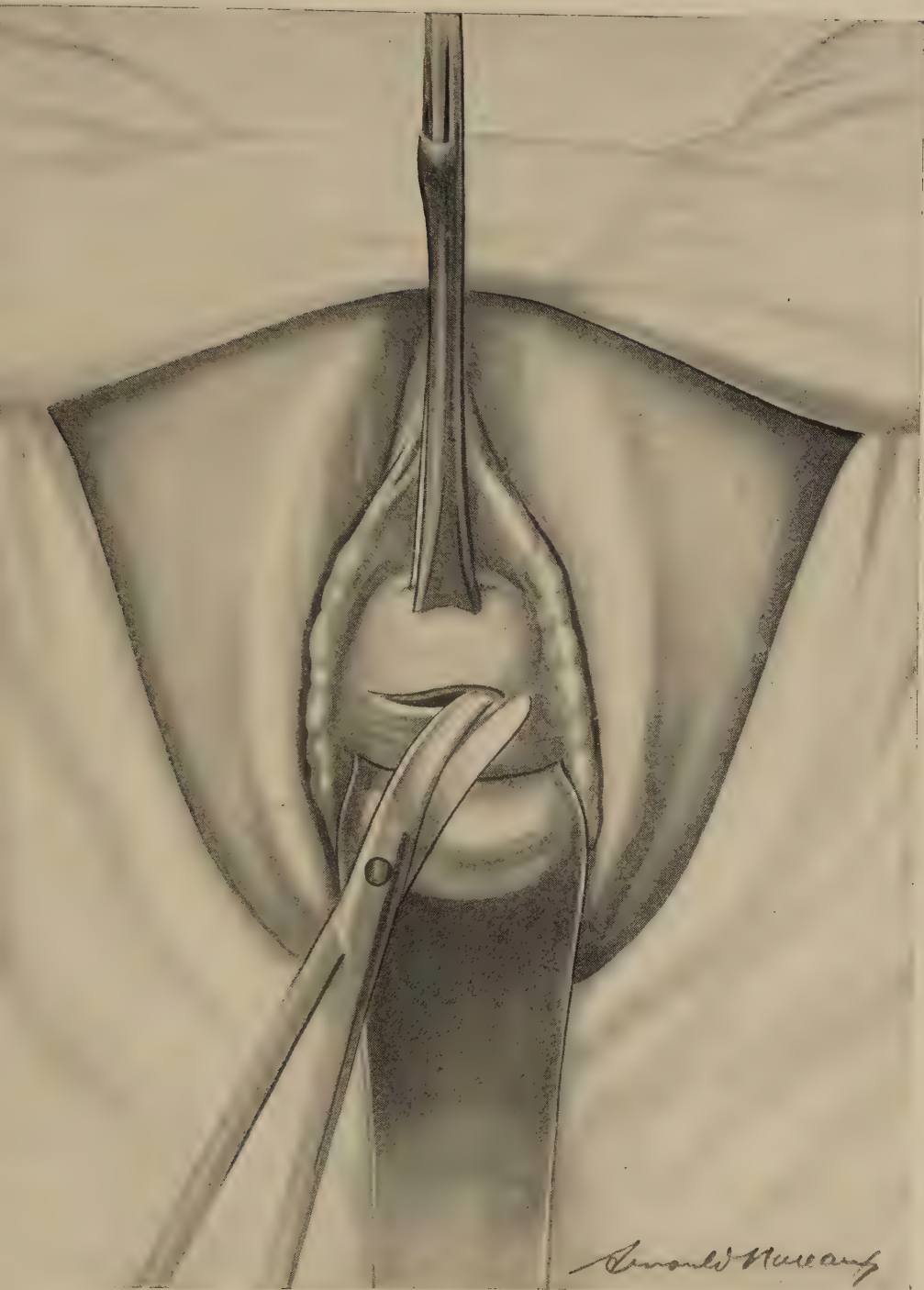


PLANCHE 1. — Hystérectomie vaginale. Colpotomie.

2^o COLPOTOMIE POSTÉRIEURE ET EXPLORATION
(Planche 1).

Le col est abaissé le plus possible et attiré vers le pubis. Au ras de l'insertion sur le col et en pleine ligne médiane le vagin est ouvert avec de longs ciseaux courbes.

Pour ce faire, on prend soin de se diriger vers l'utérus au ras de sa face postérieure pour ne pas blesser le rectum.

Dès que le péritoine est ouvert, on agrandit la brèche par divulsion à l'aide des branches des ciseaux. A ce moment, où l'on voit parfaitement la tranche vaginale et le péritoine, on les repère par deux points latéraux au catgut, qui prennent le vagin et le péritoine et qui serviront plus tard à la fermeture vaginale. Deux doigts sont alors introduits dans le Douglas, la main gauche déprime la paroi abdominale, et l'on fait une exploration minutieuse du petit bassin. C'est là un temps capital, qui permet de juger la situation : on appréciera le volume de l'utérus, l'état de ses annexes, le degré de mobilité des organes.

Si l'hystérectomie vaginale paraît trop aléatoire, il est encore temps de reculer (tout au plus aura-t-on à mettre dans le Douglas, un drain de sécurité) ou de changer de voie et de pratiquer une hystérectomie abdominale.

Si l'on décide de continuer l'intervention, il faut introduire par la brèche une compresse abdominale de protection.

Les deux fils repères étant tendus, on place par la brèche du Douglas, une longue valve de Doyen, qui pénètre dans le ventre et protège le rectum. En même temps, l'aide enlève la première valve postérieure. Par cette brèche, on introduit un champ abdominal, solidement fixé par un fil, cette compresse est présentée dépliée, enfoncée doucement par l'un des angles, elle doit disparaître complètement dans le pelvis. Elle maintien-

dra les anses intestinales, à distance du champ opératoire et ne sera enlevée qu'à la fin de l'intervention (Planche 2).

3^o DÉCOLLEMENT VÉSICO-UTÉRIN (Planche 3).

Aux ciseaux courbes, le vagin est incisé circulairement au ras du col. Cette section doit être franche, profonde, allant d'emblée et sur toute la circonférence jusqu'au tissu utérin sans l'entamer. Cela est une condition essentielle pour faire correctement et vite le décollement. A ce moment, on saisit la lèvre antérieure du col que l'on attire fortement en bas. Généralement, si la désinsertion du col a été bien amorcée, le refoulement de la vessie est très facile. Du plat des ciseaux, il suffit de peler la face antérieure du col et de l'isthme, en repoussant la vessie vers le haut.

Quelquefois cependant, on sera obligé de sectionner quelques tractus cellulux de la pointe des ciseaux dirigée vers l'utérus. Le décollement est poussé petit à petit sur la face antérieure. Sur les faces latérales on repousse vers le haut, tous les tissus qui siègent au-dessous du pédicule. On éloigne ainsi déjà les uretères.

Ces manœuvres progressives font apparaître sur la face antérieure, un bourrelet blanchâtre, c'est le cul-de-sac vésico-utérin, qu'il faudra maintenant inciser.

4^o OUVERTURE DU CUL-DE-SAC VÉSICO-UTÉRIN.

La pince tracteur posée sur le col est confiée à l'aide qui l'attire toujours vers le bas. On saisit et soulève le cul-de-sac vésico-utérin, avec une pince à griffes, et on l'ouvre franchement d'un coup de ciseaux. Divulsion de la brèche ; on la repère aussitôt par un fil, qui prend la tranche et le péritoine. Ce fil est attiré vers le haut.

Mise en place d'une large valve supérieure pubienne enfoncée à fond, qui récline la vessie, éloigne les uretères.

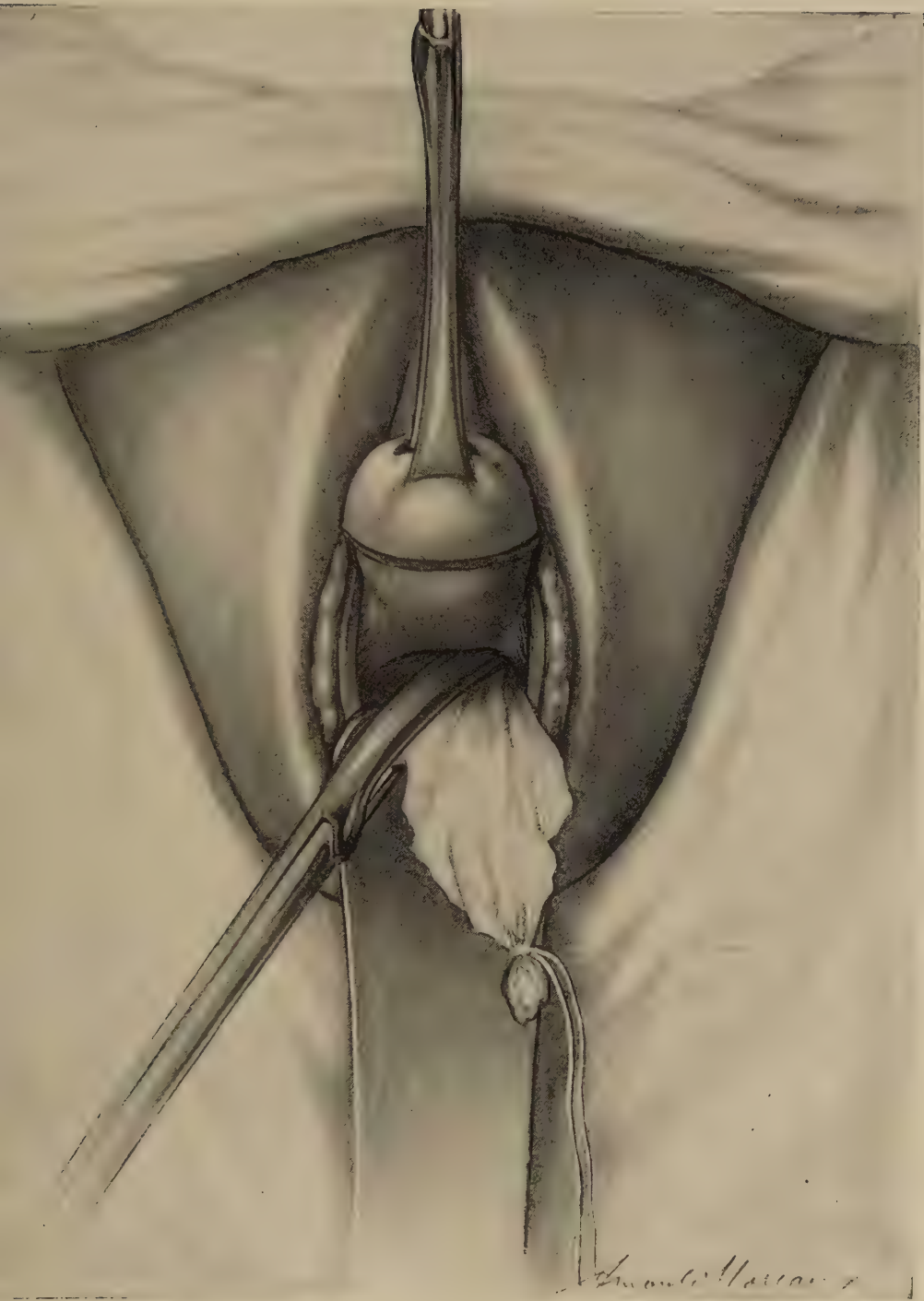


PLANCHE 2. — Hystérectomie vaginale. La colpotomie est faite, une valve a été mise
 ns le Douglas, on introduit une compresse abdominale dans le pelvis. Noter la saillie visible
 des ligaments utéro-sacrés.

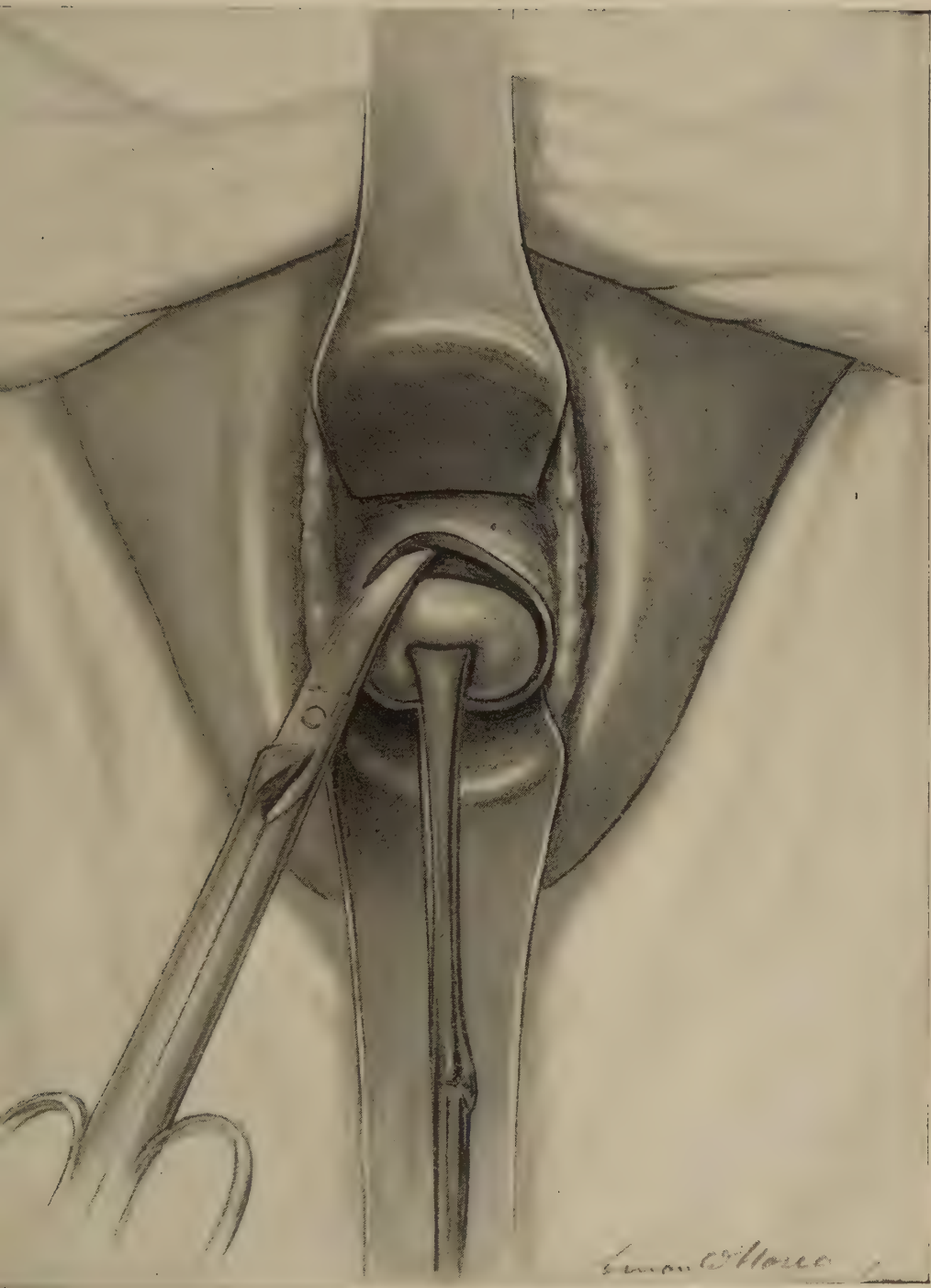


PLANCHE 3. — Hystérectomie vaginale. Désinsertion circulaire du vagin.

5^o PINCEMENT ET SECTION DES LIGAMENTS UTÉRO-SACRÉS ET DE L'ARTÈRE UTÉRINE (Planches 4 et 5).

C'est là, la manœuvre capitale. De la main gauche, on reprend la pince tracteur ; de la main droite, on explore le cul-de-sac de Douglas, et l'on cherche la corde des utéro-sacrés. Encore une fois de la compresse montée ou du plat des ciseaux courbes on refoule latéralement et vers le haut, tout ce qui est sur la face externe des utéro-sacrés, mettant ainsi l'uretère hors de danger. Les doigts de la main gauche repérant la saillie des utéro-sacrés, un clamp largement ouvert est introduit, qui rasant l'utérus enfourchant le ligament utéro-sacré, ressort en avant au niveau du cul-de-sac vésico-utérin.

Cette pince prend donc par sa base le ligament utéro-sacré, par sa partie antérieure, elle enserre la crosse de l'utérine.

On coupe en mordant sur le tissu utérin. La section du côté gauche amène déjà une descente notable de l'utérus, si bien que l'on peut souvent pincer le côté droit sous le contrôle de la vue.

Dès que le côté droit est sectionné, il suffit d'opérer une traction progressive par de larges mouvements de circumduction pour extérioriser complètement l'utérus. « cette descente brusque après section des utéro-sacrés est surprenante presque invraisemblable » (Planche 6).

6^o PINCEMENT EN SECTION DES PÉDICULES SUPÉRIEURS.

A ce moment, l'utérus est hors de la vulve ; en l'attirant vers la cuisse droite de la malade, on dégage parfaitement le pédicule supérieur gauche, constitué par le ligament et la trompe. Il est largement clampé et sectionné.

Dès lors, l'utérus ne tient plus que par le pédicule supérieur droit, que l'on clampé facilement.

7^o DIFFÉRENTES FAÇONS DE TERMINER L'INTERVENTION.

On vérifie d'abord l'hémostase. Chacun des pédicules est examiné soigneusement. Sur les pédicules inférieurs on voit souvent les deux tranches de l'utérine. On vérifie que nul vaisseau n'a échappé aux clamps, ou dérapé.

Si la chose est survenue, il serait encore facile de rattraper le vaisseau, ou de doubler le clamp déjà posé.

Ce n'est qu'après cette vérification rigoureuse que l'on enlèvera la compresse abdominale, avec prudence pour ne pas entraîner avec elle des anses intestinales.

L'aide muni d'une compresse montée se tient d'ailleurs prêt à refouler dans le ventre, toute anse, tout intestin ou tout épiploon, qui serait entraîné.

a) *Le vagin est laissé ouvert.* C'est un procédé de nécessité ; soit que l'hystérectomie vaginale ait été faite dans un but de drainage, soit qu'elle ait été pratiquée sur un utérus septique.

Dans ce cas, les pédicules sont amenés dans le vagin ; les pinces sont couplées de chaque côté retenues dans le vagin par deux points d'angle. Une large mèche est enfoncée dans le ventre, qui bouche l'orifice vaginal, empêche les pinces de remonter dans la cavité abdominale et agit comme un véritable Mikulicz de drainage. Les valves sont enlevées, des mèches iodoformées sont tassées mollement dans le vagin, et réperées par ordre d'introduction.

b) *Le vagin est fermé* (fig. IV) : L'opération a été conduite de façon parfaitement aseptique et l'on peut fermer le vagin.

Les valves sont enlevées. On reprend les deux fils repères de la tranche postérieure ; on charge l'un des chefs sur une aiguille de Reverdin ; la tranche antérieure

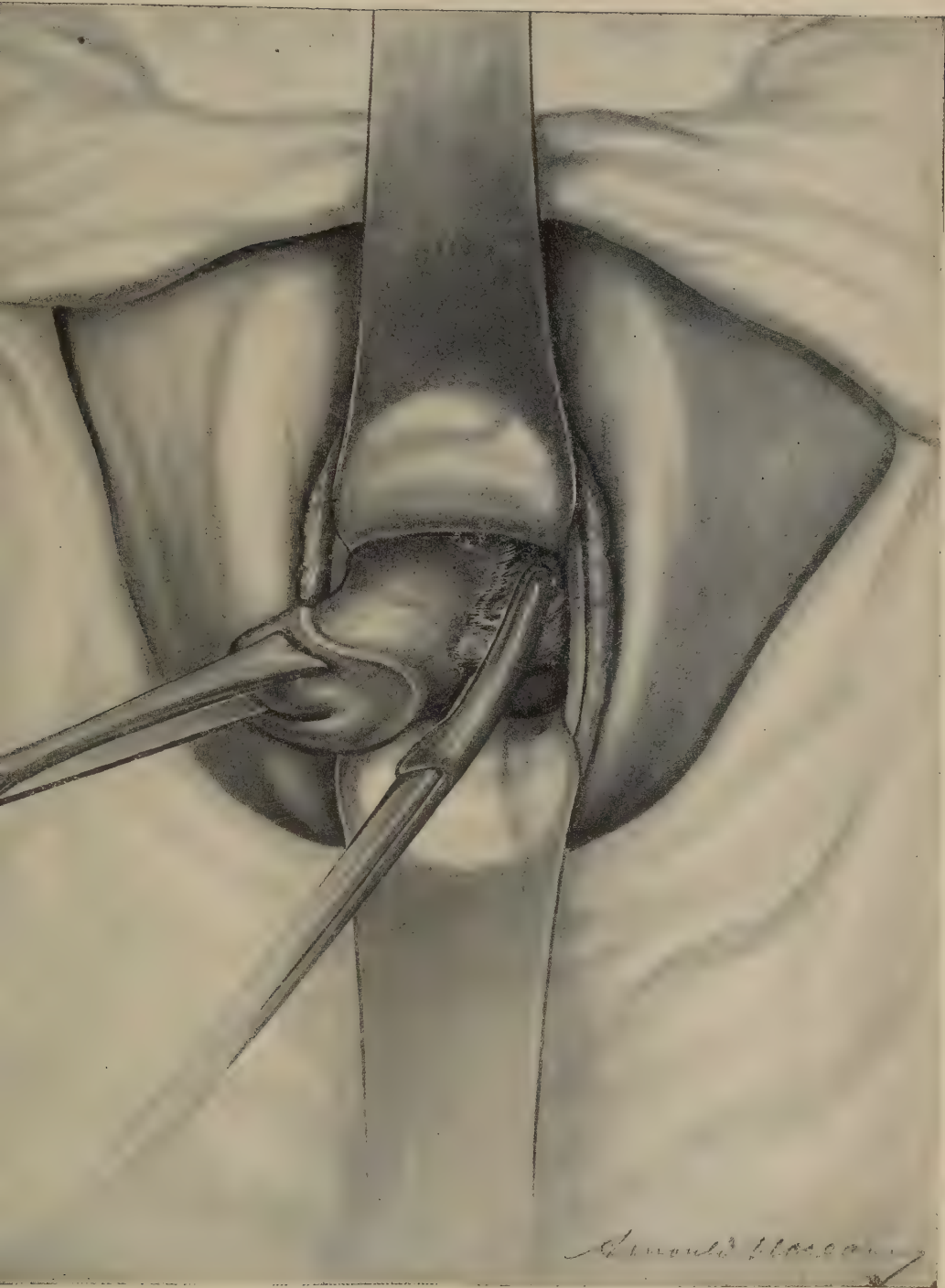


PLANCHE 4. — Hystérectomie vaginale. Pincement du ligament utéro-sacré gauche, et de l'artère utérine.

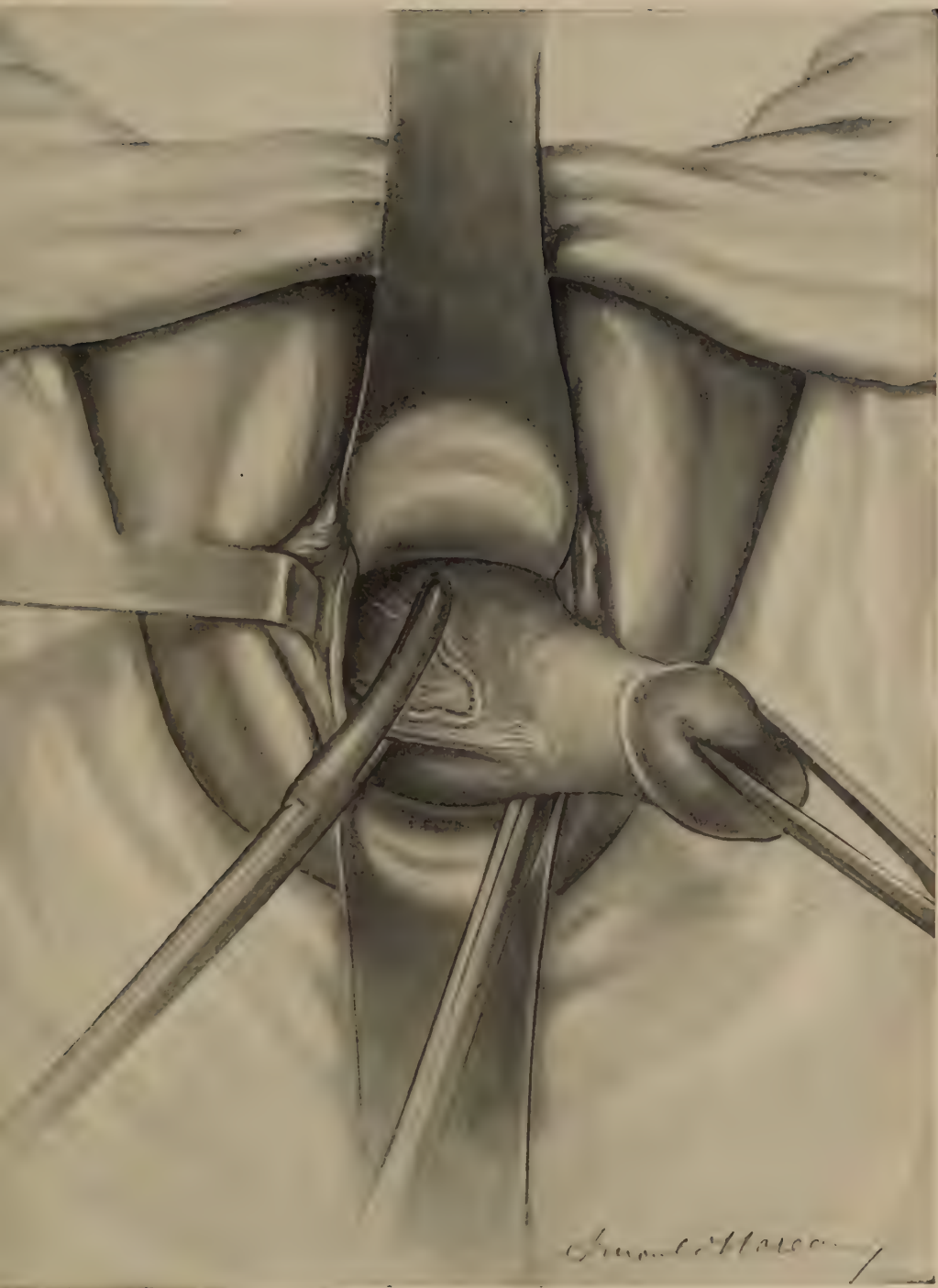


PLANCHE 5. — Hystérectomie vaginale. Pincement du ligament utéro-sacré droit
et de l'artère utérine.
Noter que la section du ligament gauche a déjà permis d'abaisser beaucoup le col.

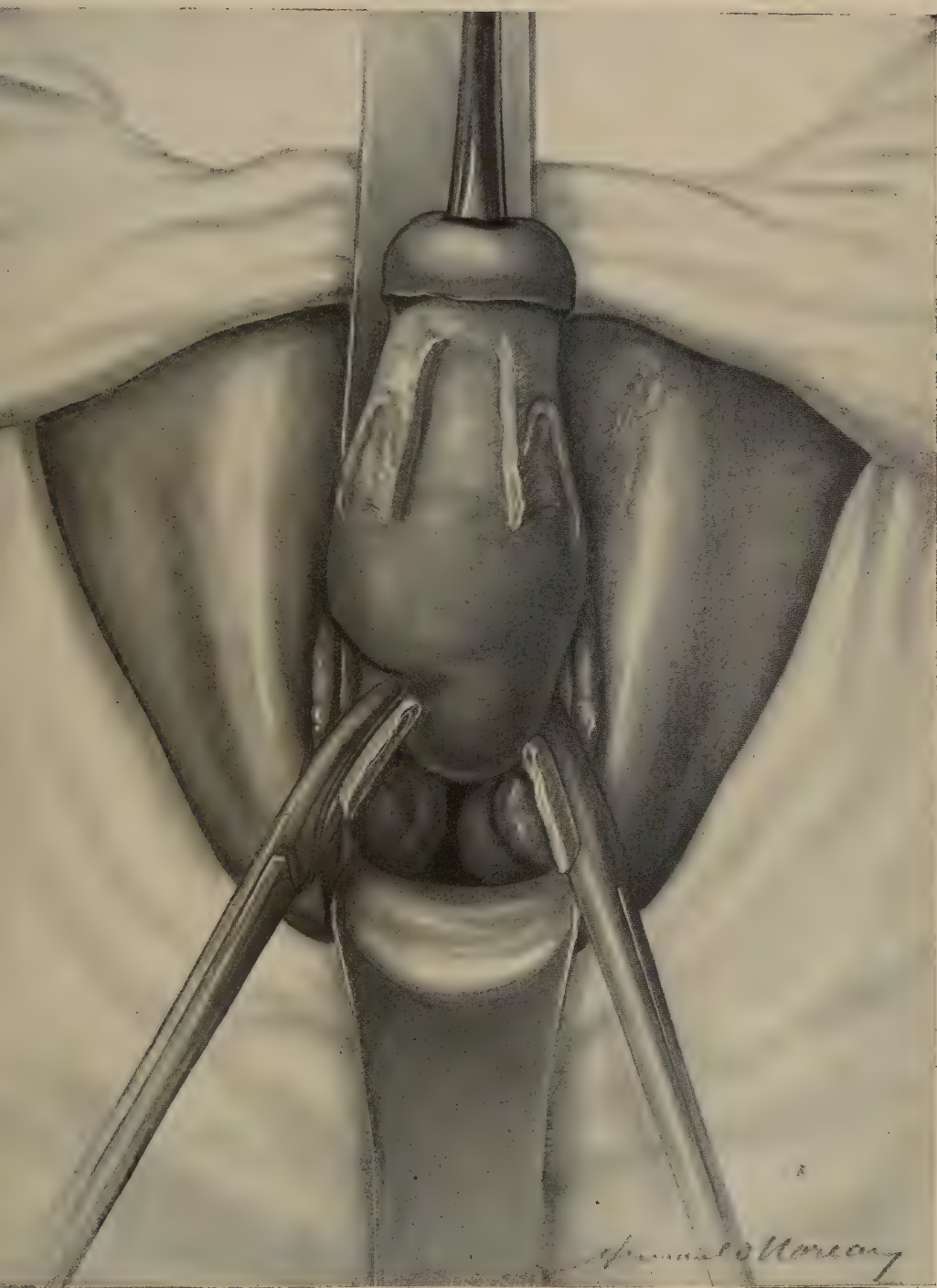


PLANCHE 6. — Hystérectomie vaginale. La section des ligaments utéro-sacrés a permis l'extériorisation totale de l'utérus.

étant bien exposée par son fil repère, on la charge de chaque côté. On a ainsi la possibilité par deux ou trois fils de solidariser très exactement les deux tranches.

Les pinces sont alors bien extériorisées et couplées de

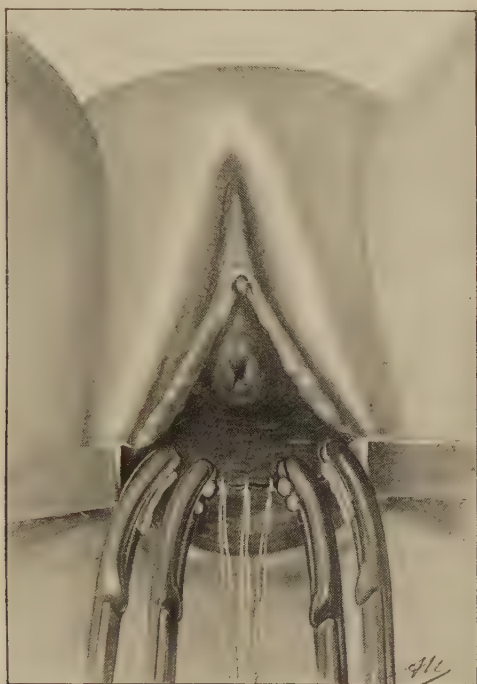


FIGURE IV. — Fermeture du vagin. Noter que le vagin est fermé, entre les deux groupes de pinces extériorisées.

chaque côté, les fils extrêmes sont noués, en ayant soin de refouler le vagin au-dessus des pinces, qui sont ainsi définitivement extériorisées. On tasse quelques mèches iodoformées et repérées dans le vagin.

On termine en mettant une sonde de Malécot dans la vessie (on en profite pour vérifier l'intégrité et la clarté des urines). La crémaillère d'une pince pouvant se déclancher, on fixe les anneaux des pinces par des soies.

8° SOINS POST-OPÉRATOIRES.

La malade est constipée pendant quatre jours, comme pour les opérations du périnée. Les pinces à demeure sont enlevées le 4^e jour, sans toucher aux mèches.

Ne jamais quitter tout de suite, une opérée à laquelle on vient d'enlever ses pinces. Vérifier une demi-heure après pour être sûr que rien ne saigne. Faire une fois par jour une instillation d'huile goménolée au 1/20 dans la sonde vésicale. Donner à la malade un désinfectant (uraseptine).

Le 8^e jour purgation, la sonde déjà changée au moins une fois est enlevée en même temps.

Si le vagin est fermé, les mèches sont enlevées, le 10^e jour. Si le vagin est ouvert, les mèches vaginales sont enlevées rapidement, seule la mèche abdominale est laissée longtemps (14 à 15 jours).

La malade est levée du 18 au 20^e jour.

9° INCIDENTS OU ACCIDENTS.

1° Au cours de l'opération :

a) *Blessure de la vessie ou du rectum* : fermeture immédiate en plusieurs plans. Dérivation si nécessaire.

b) *Blessure de l'uretère* : drainer largement et attendre s'il s'agit d'une section incomplète. S'il s'agit d'une section complète, se comporter comme au cours d'une hystérectomie abdominale.

c) *Echappement d'un pédicule* : il faut essayer de la repincer par voie vaginale, mais avec grande prudence et à vue. Si l'on n'y parvient pas ne pas hésiter à faire une laparatomie.

2° Après l'opération :

a) *Anurie* : elle peut être due au pincement des uretères, parfois à la compression des uretères (1 cas). Ne pas hésiter à recourir à la voie abdominale, et à remplacer les pinces par des ligatures, après vérification des uretères.

b) *Hémorragie secondaire* : celle-ci survient surtout au moment de l'ablation des clamps. Ne jamais se contenter de pincer au hasard. Remettre l'opérée sur la table d'opération. Voir la source d'hémorragie, pincer le vaisseau qui saigne, ce qui est facile puisque les pédicules sont dans le vagin.

c) *Fièvre* : Parfois vers le 7^e jour, on enregistre une poussée fébrile, il s'agit généralement d'une rétention septique derrière les mèches, qu'il suffit de détasser.

IV

Modifications de technique dans certains cas.

1° DÉBRIDEMENT VULVO-VAGINAL.

Il faut le faire dès que l'étroitesse du vagin constitue une difficulté opératoire. (Nous insisterons particulièrement sur l'atrésie du dôme vaginal qui, chez les vieilles femmes, constitue un sérieux obstacle à l'exposition du champ opératoire). Ce débridement doit siéger à la partie moyenne du cadran inférieur gauche.

Extérieurement, on fend la vulve en direction de la tubérosité ischiatique.

Intérieurement, on fend complètement le vagin depuis la vulve jusqu'au cul-de-sac latéral. Il doit être large et profond allant jusqu'aux releveurs.

Ce débridement s'accompagne généralement d'une

hémorragie abondante. Les artérioles sont liées séparément par des ligatures appuyées ; un champ protégera la tranche pendant l'intervention.

Ce débridement donne un jour considérable et facilite d'une façon surprenante l'hystérectomie.

La reconstitution vagino-vulvaire est très facile et se fera à la fin de l'intervention. On commencera par la reconstitution de la paroi vaginale, faite avec des points au catgut à résorption lente, noués dans le vagin, en partant de la partie profonde vers la vulve.

La partie cutanée sera suturée par 2 ou 3 points totaux au fil de lin ; une lame de caoutchouc assurera le drainage de cette suture, et évitera l'infection des hématomes qui peuvent se produire.

2^o DIFFICULTÉS A LA COLPOTOMIE.

Elles sont rares. La seule précaution à prendre est de bien se tenir au contact de la face postérieure de l'utérus, afin de ne pas entrer dans le rectum.

Même dans les cas d'utérus rétroversés, on trouve généralement facilement le cul-de-sac de Douglas. Ce n'est donc qu'exceptionnellement que l'on aura à faire un procédé Doyen, dans lequel, la bascule de l'utérus en avant permettrait de situer le cul-de-sac de Douglas.

3^o DIFFICULTÉS A TROUVER LE CUL-DE-SAC ANTÉRIEUR.

a) Il est des cas faciles où la vessie et les uretères ont été parfaitement réclinés, où l'utérus est déjà très abaissé ; dans ces cas, la section des utéro-sacrés est sans danger et l'on peut se permettre de n'ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin qu'en dernier.

Un des cas est fourni par l'allongement hypertrophique du col dans lequel la zone d'accolement utéro-vésical est très large.

Lorsque la vessie et les uretères ont été suffisamment refoulés, on peut faire une bascule postérieure de l'utérus, repérer ainsi au doigt, le cul-de-sac vésico-utérin, que l'on ouvre sur ce doigt, pris comme repère.

b) Il est des cas où l'utérus descendant peu il serait dangereux de pincer les ligaments utéro-sacrés, sans avoir refoulé la vessie et les uretères.

Dans ce cas, après s'être assuré par une exploration méthodique, qu'il ne s'agit pas de cancer infecté, on pratique une hémisection antérieure, qui finit par ouvrir le cul-de-sac.

4^o DIFFICULTÉS A LA DESCENTE DE L'UTÉRUS.

Si l'indication à la vaginale est bien posée la cause de ces difficultés tient essentiellement aux utéro-sacrés, mais il faut savoir que leur section n'est pas toujours aussi facile que nous l'avons décrite.

a) Il est parfois impossible ou dangereux de pincer en masse utéro-sacrés et utérine. Dans ce cas-là, on aura intérêt à pincer et couper de proche en proche ces ligaments. Chacune de ces manœuvres permettant un abaissement utérin de plus en plus grand, et éloignant donc le danger des uretères.

b) Il est des cas où l'abaissement est irréalisable, où toute section des utéro-sacrés serait très dangereuse, c'est dans ces cas, qu'il faut savoir se servir de procédés donnant un certain abaissement (hémisection antérieure, hémisection postérieure, voir hémisection totale).

c) Il est des cas enfin, où le volume de l'utérus lui-même s'oppose à sa descente. Ces cas sont évidemment à la limite de la vaginale, mais peuvent être imposés par des circonstances cliniques. Dans ces cas également, il faudra savoir se servir d'une hémisection totale, voir d'un mor-

cellement par énucléation de fibrome, pour réduire l'utérus et pouvoir attaquer les pédicules.

d) Il est exceptionnel que la difficulté à l'abaissement soit due à une rétraction du ligament rond ; en tous cas, il faut savoir qu'il ne faut pas tirer violemment sur l'utérus, car on a pu observer des déchirures des ligaments tubo-ovariens très difficiles à rattraper, qui forcent souvent la main à une laparatomie.

V

Hystérectomie vaginale pour prolapsus utérins.

L'hystérectomie vaginale peut être indiquée dans plusieurs cas :

- 1^o Comme premier temps d'une opération de Lefort, si l'utérus est suspect.
- 2^o Comme procédé dans un prolapsus total, chez une femme s'opposant à la fermeture de son vagin.

1^o HYSTÉRECTOMIE VAGINALE COMME PREMIER TEMPS D'UN LEFORT.

a) *Large colpectomie antérieure* rectangulaire, dont les angles cervicaux sont repérés par 2 catguts (fig. V).

b) *Dédoublement du périnée*, décollement recto-vaginal, large colpectomie postérieure rectangulaire de la même surface que la colpectomie antérieure, deux fils repères sur les angles cervicaux (fig. VI).

c) *Incision circulaire du vagin et ouverture du Douglas* : le Douglas incisé, une valve est placée dans l'ouverture, un champ de protection est introduit dans le pelvis.

d) *Refoulement de la vessie aussi haut que possible* : souvent dans les vieux prolapsus, il existe un certain

degré d'hypertrophie du col et un adossement vésico-utérin anormalement large. Dans ces cas, après refoulement suffisant de la vessie, qui est maintenue par une valve, on



FIGURE V. — Tracé du lambeau à exciser.

fait une section du pédicule inférieur et un retournement utérin.

e) *Section des utéro-sacrés et de l'utérine* : l'utérus s'exteriorise complètement, une main introduite dans le Douglas suffit le plus souvent à le basculer en arrière, après cette bascule postérieure, il est extrêmement facile de glisser un doigt dans le cul-de-sac vésico-utérin et de l'ouvrir sur celui-ci servant de guide. Mise en place d'une valve refoulant la vessie.

f) *Pincement du pédicule supérieur et remplacement des pinces par des ligatures.*

g) *Adossement des deux colpectomies.*

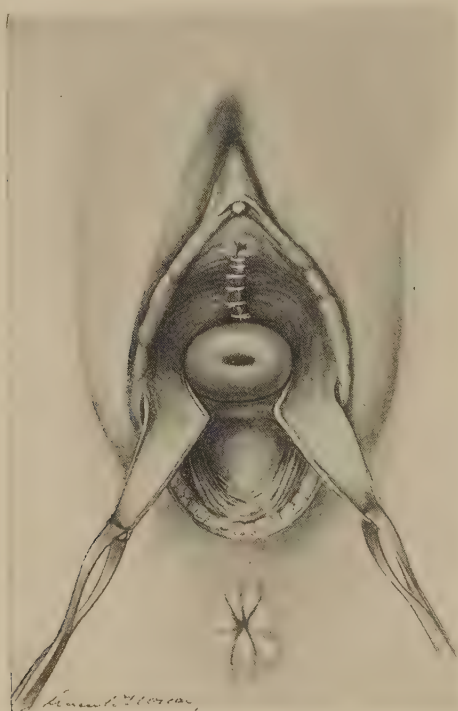


FIGURE VI. — Le lambeau vaginal postérieur a été excisé.

2^o HYSTÉRECTOMIE VAGINALE AVEC CONSERVATION DU VAGIN.

Même procédé, mais après avoir pincé le pédicule utéro-ovarien, on en sépare les éléments, et l'on fixe les deux ligaments ronds par 2 points aux angles du vagin, on répare ensuite les deux colpectomies et on termine par une myoraphie des releveurs.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

I

Statistique.

Nous apportons une statistique basée sur 177 interventions.

Elle est certainement une des plus importantes en France à l'heure actuelle : en effet, si les chirurgiens anglo-saxons ont gardé à la vaginale la place qu'elle méritait, la plupart des chirurgiens français ne sont plus familiarisés avec sa technique, et elle est injustement tombée dans l'oubli.

Cette opération a été pratiquée :

38 fois, pour fibrome sans mortalité.

67 fois, pour hémorragies après la ménopause donc souvent chez des femmes âgées et fatiguées.

Sur ces 67 malades : 38 étaient des métrites hyperplasiques : aucune mortalité ; 29 étaient des cancers : 5 décès ; deux sont décédées de pneumonie des vieillards, elles avaient 60 et 77 ans ; une d'asystolie à la suite d'un néo du corps très avancé à 48 ans ; une est morte d'hémorragie à 41 ans, mais nous verrons qu'elle était atteinte d'une maladie de la crase sanguine ; enfin la seule malade

opérée d'un cancer du col par le procédé de Schauta, à cause de son état général précaire, est décédée de shock le lendemain, elle avait 68 ans.

L'hystérectomie vaginale a été pratiquée :

16 fois, pour col métritique. Mortalité : 0.

3 fois, pour hémorragie endocrinienne rebelle. Mortalité : 0.

41 fois, pour prolapsus utérin. Mortalité : 2.

Une malade opérée à 57 ans est morte de défaillance cardiaque : l'autre malade opérée à 68 ans est morte d'urémie, au 8^e jour. Elle avait uriné normalement pendant 3 jours après l'opération.

Nous apportons enfin :

3 observations de vaginale après perforation au cours du curettage : 3 guérisons.

5 observations pour péritonite puerpérale : 3 décès et 2 guérisons.

En résumé : 177 observations : 10 décès.

Tous attribuables, soit à l'état général très déficient de ces malades, soit à la gravité de la lésion (cancer très évolué ou infection puerpérale).

La mortalité due à l'hystérectomie vaginale opposée à des lésions bénignes : fibromes, métrites hyperplasiques de la vieille femme, cols métritiques a été rigoureusement nulle.

C'est ce qui justifie amplement que notre Maître le Dr TOUPET l'ait réhabilitée, à la place de choix qu'elle doit occuper à côté de l'hystérectomie abdominale.

II

Suites opératoires.

Les suites opératoires de l'hystérectomie vaginales sont particulièrement bénignes.

Le choc opératoire est minime : Il faut avoir vu les malades le soir d'une hystérectomie par voie basse pour se rendre compt : du peu de choc que détermine cette opération. Des femmes âgées, très déprimées, conservent après l'intervention le même pouls qu'avant d'être opérées ; il n'y a dans ce sens, aucune comparaison à faire entre la vaginale et la laparatomie. « Cela tient, dit CADENAT, à ce que l'intervention est beaucoup plus rapide et sans doute aussi à ce que la cavité péritonéale n'est pas largement ouverte. Quelle que soit l'explication, le fait est indéniable et c'est peut-être le plus grand avantage de l'hystérectomie vaginale. » FRITSCH a dit encore qu'il aimait mieux, pour une malade fatiguée ou obèse, une hystérectomie vaginale d'une heure, qu'une laparatomie de dix minutes. Nous avons le souvenir en effet, d'avoir suivi d'heure en heure des opérées obèses ou déprimées chez lesquelles, l'intervention avait été laborieuse, longue, parfois même un peu hémorragique et nous avons toujours été frappé de l'insignifiance du choc opératoire.

Beaucoup de chirurgiens qui ont connu la période où la vaginale était en faveur, l'accusent d'assurer une hémostase insuffisante, très souvent assurent-ils, on était obligé de réintervenir l'après-midi pour pincer des pédicules qui avaient échappé ; et les décès par hémorragie n'étaient pas exceptionnels.

Dans notre statistique, il existe évidemment une mort par hémorragie. Elle n'est pas imputable à un défaut d'hémostase. On est réintervenu par voie haute. Les pédi-

cules étaient parfaitement pincés. Mais la tranche vaginale aussi bien que la tranche abdominale saignaient en nappe, sans qu'il soit possible de pincer le moindre vaisseau. Il s'agissait d'un trouble grave de la coagulation et la malade aurait, aussi bien saigné après une hystérectomie abdominale.

Dans le procédé que nous avons décrit l'hémostase est sûre.

Les pédicules sont pincés à vue. Après l'exérèse utérine, ils sont vérifiés et extériorisés dans le vagin. Cela est une condition de sécurité essentielle. En effet si, pour une cause ou une autre, une pince dérape, l'hémorragie ne se fera pas dans le ventre mais dans le vagin. Ce sera une hémorragie externe, rapidement découverte, et c'est là le fait important. Elle sera souvent facile à traiter par une simple pince supplémentaire posée à vue. Nous n'en avons pas observé au cours de notre année dans le Service du D^r TOUPET ; le plus souvent les mèches étaient à peine imbibées du sang de la tranche vaginale.

Si, à l'époque où l'on pratiquait de préférence la vaginale, il y avait des hémorragies fréquentes c'est peut-être parce qu'on voulait s'acharner à lier les pédicules, manœuvre difficile à cause de la profondeur du vagin. C'est bien plutôt parce que les indications de cette intervention étaient beaucoup plus larges. L'acte de pouvoir pratiquer une abdominale, il fallait bien recourir à des vaginales très difficiles, très hémorragiques où les pédicules étaient gros et ne pouvaient être commodément abordés et amenés dans le vagin. L'hémostase devenait défectueuse. Mais c'est là une critique qui s'adresse aux indications et non pas à l'opération par elle-même.

Quant aux hémorragies secondaires qui peuvent se produire lorsqu'on enlève les pinces, elles sont rares à la condition de les laisser quatre à cinq jours. Nous avons déjà dit qu'il fallait prendre la précaution, de surveiller l'opé-

rée pendant une heure. A la moindre hémorragie, il ne faut pas compter sur les mèches pour la tarir, mais au contraire faire transporter la malade sur la table d'opération et en s'aidant des valves, pincer à nouveau le vaisseau qui saigne.

Les suites opératoires secondaires sont extrêmement simples. La courbe se maintient presque toujours au-dessous de 38 degrés en effet, les manœuvres septiques sont réduites à néant, l'opération se fait avec la même sécurité d'aseptie que la chirurgie abdominale, mais en dehors du ventre, sans manipulation des anses intestinales.

Les pédicules extériorisés se sphacèlent non pas dans le ventre, mais dans le vagin. Enfin, si des conditions particulières imposent un drainage, celui-ci se fait de façon idéale et large au point déclive par le vagin. Toutes ces particularités assurent au point de vue infectieux le maximum de garantie, et expliquent parfaitement qu'il n'y ait aucune suite thermique après l'opération.

L'examen de nombreuses feuilles de température nous montre parfois un brusque crochet à 39° vers les 5^e ou 6^e jour. Nous avons dit au chapitre technique que le vagin était bourré de mèches iodoformées pour éviter l'éviscération d'anses intestinales, au cas improbable d'ailleurs d'une désunion de la fermeture vaginale. Le sphacèle des pédicules est parfois assez important pour former une rétention septique derrière les mèches, il suffit de les détasser pour voir cesser tous ces phénomènes.

Quant à l'occlusion intestinale post-opératoire, nous n'en avons pas retrouvé un cas. La parésie intestinale si fréquente après les laparatomies, n'existe pas après les vaginales parce que toute l'opération s'est passée hors du ventre parce qu'il n'y a pas eu manipulation de l'intestin. L'agglutination d'anses est impossible parce que pincées et pédicules sont extériorisés dans le vagin et donc séparés des viscères abdominaux.

Nous n'avons jamais rencontré d'éviscération intestinale par la tranche vaginale. Elle est impossible en cas de fermeture vaginale si l'on prend la précaution supplémentaire de bourrer le vagin avec de la gaze iodoformée. Elle serait à la rigueur possible lorsque l'on draine. Mais on sait quel soin on doit apporter au méchage lorsque le vagin n'est pas fermé ; une première mèche pelvienne sépare les viscères des pédicules attirés dans le vagin, trois mèches sont tassées dans le vagin autour du drain, s'il y en a un, évitant ainsi l'éviscération primitive. Ces dernières sont enlevées rapidement vers les 4 ou 5^e jour, car, à ce moment-là, les adhérences sont organisées et l'on gagne à assurer le meilleur drainage. La dernière mèche n'est enlevée que très tardivement lorsqu'elle « vient toute seule » vers le 13^e ou 14^e jour. C'est un véritable Mikulicz vaginal, et à condition d'être prudent et de tirer avec douceur, il est impossible d'entraîner une anse intestinale. C'est cependant dans ces cas de non fermeture de la tranche, que nous avons observé deux hernies de l'ovaire dans le vagin. Une fois, l'ovaire mal irrigué s'est sphacélé et éliminé ; l'autre fois, il fut inclus dans la cicatrice et n'entraîna aucun trouble. C'est une complication possible, mais sans gravité.

Nous n'avons pas pu faire hélas, une statistique des phlébites survenues après hystérectomie vaginale. Sur les 23 interventions dont nous avons suivi les suites opératoires, il y a eu une phlébite. Mais cette statistique est trop courte pour affirmer comme PELLANDA (*Lyon Chirurgical*, janvier 1929) qu'il y a moins de phlébites au cours des hystérectomies par voie basse.

En tout cas, sur 117 cas, il n'y a pas eu un seul décès par embolie ; c'est là un fait très important et qui mérite d'être souligné.

Telles sont les suites opératoires. On voit qu'elles sont caractérisées par une bénignité particulière.

III

Avenir éloigné des hystérectomies vaginales.

Nous avons adressé une note collective aux opérées de notre maître le Dr TOUPET. Hélas diverses circonstances (changement de domicile ou domicile éloigné, conditions sociale ou intellectuelle des opérées, etc...), ne nous ont pas permis de revoir le grand nombre de malades que nous espérions. Nous basons notre étude sur 46 malades réexaminées.

Chaque fois nous nous sommes efforcé d'apprécier le résultat anatomique et de déterminer les troubles de la ménopause chirurgicale.

1^o LE VAGIN. LE PÉRINÉE. LE DÉBRIDEMENT.

Dans la majorité des cas l'hystérectomie par voie basse n'apporte aucun trouble dans la morphologie vaginale. La tranche est simplement marquée par une ligne cicatricielle qui s'assouplit progressivement. Les opérées ne se plaignent d'aucun trouble. Les rapports sexuels ne sont pas douloureux.

Nous avons cependant noté fréquemment une complication sans gravité, mais qui inquiète les malades qui ont été opérées pour métrorragies. Il s'agit de pertes sanglantes dues à deux bourgeons charnus siégeant aux angles du vagin et qui représentent les pédicules. Rien n'est plus simple que de tarir ce suintement en les cautérisant au nitrate d'argent.

Beaucoup plus importante et difficile à traiter est une complication heureusement peu fréquente, c'est la recto-cèle post-opératoire. Elle est due essentiellement à la section des ligaments utéro-sacrés. Le dôme vaginal et la

paroi postérieure du vagin, ne sont plus retenus par ce puissant agent de suspension, il se produit un prolapsus aux dépens de la cloison postérieure et du rectum. D'autre part, le périnée qui a permis l'hystérectomie vaginale est souvent déficient et ne s'oppose pas à ce prolapsus. Nous avons observé 4 rectocèles, sur 46 malades examinées.

Le traitement en est toujours difficile. En effet, on n'a à sa disposition que des moyens palliatifs puisque l'on ne peut plus agir sur la suspension vaginale. Sans doute dans 3 cas (obs. 58, 100 et 104), la rectocèle n'était pas très importante, et ne dépassait pas le volume d'un œuf de poule. Son traitement comporte une colpectomie postérieure large qui la réduira et qui créera le long de la paroi postérieure une cicatrice fibreuse inextensible qui s'opposera au développement d'un nouveau prolapsus rectal. Enfin, une myoraphie des releveurs opposera à la descente rectale un mur épais et solide. Dans un autre cas (obs. 63), la rectocèle a résisté à la colpectomie et à la myoraphie postérieure, le prolapsus est devenu total et important, on se trouve assez désarmé dans un tel cas, et on devra attendre le consentement de la malade pour lui faire une opération de Lefort.

Comme on le voit la rectocèle est une complication gênante. Il faut bien faire remarquer qu'il ne s'agit pas là d'une complication particulière à l'hystérectomie vaginale, mais due à l'hystérectomie totale qui trouble gravement la statique vaginale, qu'elle soit pratiquée par voie haute ou par voie basse.

Nous avons déjà insisté sur les commodités opératoires que procurait le débridement vulvo-vaginal. C'est une méthode dont on doit user largement. L'étude de nos observations montre que notre Maître le Dr TOUPET l'utilise dans le tiers des cas environ. Sur 46 malades revues, le débridement a été pratiqué 12 fois. Chez 11 de ces opé-

rées, il persiste à peine une cicatrice linéaire, la vulve a sa forme normale, le périnée est en bon état, bref la réparation a été intégrale. Bien plus, nous n'avons pas observé la moindre rectocèle. Cela tient peut-être à la cicatrice vaginale qui s'est opposée au prolapsus.

Un seul de ces débridements (obs. 62) a suppuré et a dû être mis à plat. La réparation a été longue, mais bonne du point de vue périnéal. Il persiste seulement, une encoche vulvaire peu gênante et qui serait facile à réparer, si la malade le désirait.

En résumé : Les résultats anatomiques de l'hystérectomie vaginale sont excellents : la seule complication lointaine à craindre est la rectocèle, mais il faut avouer qu'elle est rare

2^o RÉSULTATS DANS LES PROLAPSUS.

Nous avons vu que l'hystérectomie vaginale était une méthode d'exception dans les prolapsus. Nous en avons revu 4, les résultats étaient excellents.

La suspension vaginale est assurée par les ligaments ronds, le rôle de ceux-ci a été contrôlé, au cours d'une réintervention par PELLANDA, celui-ci réintervenant sur une malade ayant subi une fixation du vagin par les ligaments ronds a pu constater leur hypertrophie, qui témoignait de leur rôle de suspension. Leur action n'est pas négligeable, mais en réexaminant ces malades, nous avons eu l'impression que la statique vaginale est assurée pour une grande part, par les bandes cicatricielles des colpectomies et la myoraphie. Sans doute, la cicatrisation entraîne une rétraction, qui diminue notablement la hauteur du vagin, mais c'est là un phénomène passager et qui, au dire des malades ne les gêne pas dans leur vie génitale.

IV

Conservation des annexes.

Nous avons vu, au cours du chapitre technique, qu'on laissait systématiquement en place les ovaires, avec leur trompe. C'est une simplification apportée à l'intervention.

Deux problèmes se posent :

1^o Quel est l'avenir de ces ovaires laissés en place.

2^o La conservation des annexes évite-t-elle les troubles de la ménopause chirurgicale.

1^o AVENIR DES OVAIRES LAISSÉS EN PLACE.

Du point de vue anatomique, les dangers de la conservation ovarienne ont été bien mis en évidence par DARTIGUES.

Trois complications peuvent survenir, qui forcent parfois à réintervenir sur ces ovaires : *a*) les cysthématomes menstruels post-opératoires, véritables poussées d'ovarite scléro-kystique douloureuse survenant au moment où devraient venir les règles ; *b*) la persistance des douleurs ; *c*) la dégénérescence kystique de ces ovaires. Au cours de notre internat, nous avons eu l'occasion de voir plusieurs fois ces kystes poussés sur des ovaires résiduels, qui atteignent parfois une dimension considérable et sont toujours très difficiles à enlever. Ces complications sont le fait de défaut de technique ; elles surviennent :

a) Lorsque l'on essaie de conserver des ovaires inflammatoires. Dans l'hypothèse d'une vaginale, il est bien évident qu'on ne saurait se trouver dans ce cas, puisque

les lésions annexielles constituent une contre-indication à l'opération elle-même.

b) Lorsque l'on fait une mauvaise péritonisation. Mais dans la vaginale, la section du ligament large au niveau de son bord interne dispense de toute réparation péritonéale. Au contraire, dans l'hystérectomie abdominale, lorsqu'un fragment d'ovaire mal irrigué, ou l'ovaire lui-même est inclus sous le surjet de péritonisation, la dégénérescence kystique est particulièrement fréquente et grave, car elle se produit dans l'intérieur du ligament large, rendant l'opération extrêmement difficile et périlleuse.

c) La cause essentielle de dégénérescence kystique des ovaires laissés en place est la mauvaise irrigation de ceux-ci. La question de l'irrigation tubo-ovarienne a été reprise récemment par FREDET à la Société de Chirurgie.

Chez la femme adulte, l'ovaire tire ses artères de deux sources, qui affluent à l'encontre l'une de l'autre, l'artère tubo-ovarienne aortique pour la portion attenant au pôle latéral, l'utérine pour la portion adhérent au pôle interne. Au cours de son trajet dans le ligament large, le tronc de la tubo-ovarienne aortique chemine au-dessous, mais à distance du hile de l'ovaire et vient s'anastomoser par *inoculation* avec la branche tubo-ovarienne, qui termine l'utérine, ainsi que la récurrente du fond utérin. Dans une grande partie de son étendue sous-ovarienne, ce canal anastomotique ne donne pas de divisions pour la glande. Typiquement, les artérioles que la tubo-ovarienne aortique émet pour la glande, se détachent du tronc dans le cordon tubo-ovarien à distance du pôle de l'ovaire. Elles irriguent habituellement la moitié latérale de l'ovaire. Les artérioles provenant de la tubo-ovarienne utérine naissent par un ou deux troncs communs, qui se ramifient, elles s'engagent rapidement dans la

glande ; mais elles se cantonnent dans la moitié médiale de l'ovaire ne dépassant jamais cette limite. Quoiqu'ils communiquent largement à leur point de départ, les deux systèmes d'artérioles ovariennes conservent une certaine indépendance à leur épanouissement où ils ne sont reliés que par une mince anastomose transversale le long du hile. Après ligature de la tubo-ovarienne utérine, on ne peut guère compter pour le rétablissement de la circulation dans la moitié interne de l'ovaire, que sur le grand canal anastomotique sous-ovarien ; mais ce canal n'est plus alimenté que par une artère relativement petite, et la circulation doit s'y faire au rebours.

Si la moitié latérale de l'ovaire persiste à être irriguée dans des conditions satisfaisantes, tout le problème est, l'irrigation de l'autre moitié.

FREDET conclut en recommandant de jeter la ligature de la tubo-ovarienne utérine le plus à distance de l'ovaire possible. Nous pensons que le pincement du pédicule supérieur, au ras de la corne utérine satisfait à la condition posée par cet auteur, et permet une bonne irrigation de l'ovaire en entier. Peut-être, comme il le pense, la conservation tubaire est-elle « sans intérêt », pour la commodité de l'intervention elle est nécessaire. Et si les branches ovariennes naissent de l'épanouissement même de l'utérine, il y a bien des chances qu'elles soient lésées, qu'il y ait conservation tubaire ou non. Heureusement, il s'agit là, d'une disposition anatomique assez rare.

Nous voyons donc, qu'à certaines conditions, la conservation de l'ovaire avec ou sans trompe est sans danger. Au cours de la discussion soulevée par la communication de DOUAY, sur les auto-greffes ovariennes, MM. ROUX-BERGER, BAUMGARTNER, FREDET ont rapporté un très grand nombre d'observations abdominales conserva-

trices sans dégénérescence kystique de l'ovaire. FEREY, de Saint-Malo, a rapporté 400 observations avec une seule réintervention, DESMARET en rapporte 85 cas sans réintervention. Il n'est pas douteux que les conditions anatomiques s'appliquent au plus haut point à la vaginale.

Nous rapportons 177 vaginales, sans une seule réintervention pour dégénérescence d'ovaire laissé en place. Nous en avons revu 46. Nous nous sommes chaque fois appliqué à rechercher l'état anatomique et physiologique des ovaires conservés. Nous n'avons jamais observé un kyste sur une annexe résiduelle.

2^o LA CONSERVATION DES ANNEXES ÉVITE-T-ELLE LES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE CHIRURGICALE.

Depuis très longtemps on a essayé d'interpréter les troubles dus à l'hystérectomie au cours de la période génitale de la femme et d'en connaître la pathogénie.

De nombreux auteurs considéraient la suppression de la fonction menstruelle comme l'élément essentiel, déterminant. TUFFIER y voyait la cause univoque et apportait comme argument 150 cas de greffes ovariennes sur des femmes castrées, mais ayant conservé l'utérus : les troubles ne cessaient qu'avec l'apparition de la première menstruation.

ASCHNER, considérait comme illusoire la conservation annexielle si on sacrifie l'utérus.

VIGNES, dans sa thèse, admet que tous les troubles sont dus à la suppression de la fonction menstruelle, mais non à la suppression de la sécrétion interne de l'ovaire.

Récemment encore, de GAUDART d'ALLAINES, rapportant son impression et celle de son maître LECÈNE, insistait sur l'importance capitale de la conservation des

règles pour éviter les troubles de la ménopause anticipée.

Il existe, en effet, certainement une interdépendance utéro-ovarique, de nombreux auteurs l'ont mise en évidence. De même que l'élément actif de l'ovaire sur la menstruation est l'apparition du corps jaune, la muqueuse utérine agit vis-à-vis de l'ovaire comme une véritable sécrétion hormonique déterminant l'apparition folliculaire et l'involution du corps jaune. Ces faits ont été prouvés par MAYER, qui a fait non seulement la greffe d'ovaire avec conservation de l'utérus, mais aussi la double greffe d'ovaire et de muqueuse utérine.

MAX CHEVAL, à Bruxelles, a étudié cette question du point de vue expérimental.

Il n'en reste pas moins vrai que l'ovaire conserve une certaine indépendance : il peut vivre et fonctionner après suppression de l'utérus et cela a une grosse importance du point de vue physiologique. Nous n'insisterons pas sur l'importance de la sécrétion interne de l'ovaire — qui a été bien souvent étudiée —, c'est sa suppression brusque qui est à la base des troubles graves de la ménopause chirurgicale.

Il existe une interdépendance des glandes endocrines, la suppression brusque de l'une d'elles entraîne un déséquilibre dont l'expression est souvent : les troubles vago-sympathiques qu'accusent les opérées.

On sait, enfin, l'influence de la sécrétion ovarienne sur le métabolisme, et ce n'est pas le moindre trouble, que l'obésité progressive et inexorable de certaines hystérectomisées.

Toutes ces raisons, bien incomplètes d'ailleurs, militent en faveur de la conservation ovarienne à condition que celle-ci soit possible.

Nous avons déjà étudié les conditions anatomiques pour que l'ovaire vive : le pincement du pédicule sub-

ovarien utérin au ras de la corne utérine assure une parfaite irrigation et une parfaite innervation à l'ovaire. Dans ces conditions, l'ovaire vit et fonctionne.

En effet, les recherches de MAX CHEVAL ont montré que, malgré la suppression utérine, il y a apparition folliculaire, diminuée certes, mais néanmoins active, puisque le corps jaune présente son évolution normale.

Cela suffit à justifier, la conservation ovarienne par principe, au cours des hystérectomies.

Au cours des hystérectomies abdominales, nous avons vu que c'était la ligne de conduite de ROUX-BERGER, FREDET, BAUMGARTNER.

DESMARET rapporte 56 cas d'hystérectomies, avec conservation tubo-ovarienne, 45 malades n'avaient pas eu le moindre trouble ; sans doute 26 avaient eu des hystérectomies supra-isthmiques et conservaient leurs règles. Mais 19, n'étaient plus réglées et la conservation ovarienne leur assurait un parfait état général.

FEREY (Saint-Malo) fait porter sa statistique sur 400 cas ; dans 86 % des cas, les opérées sont restées absolument normales alors que dans les hystérectomies avec exérèse tubo-ovarienne, il n'y a que 30 % des femmes qui restent normales. Une fois, FEREY a été appelé à réintervenir sur une femme qui avait subi une hystérectomie conservatrice, il a eu la chance de voir un corps jaune, preuve irréfutable de la vie et du fonctionnement de l'ovaire laissé en place.

Nous avons rapporté ces observations parce qu'elles se superposent exactement aux nôtres.

Sur 139 vaginales, 46 femmes seulement ont répondu à notre convocation !

Nous avons divisé les troubles fonctionnels en troubles légers, parfaitement supportables, très espacés, essentiellement constitués par quelques bouffées de chaleur et en troubles graves, qui sont péniblement supportés,

fréquents (vertiges, troubles vago-sympathiques graves, modification de la tension artérielle).

Sur 46 malades revues, 22 avaient été opérées avant la ménopause. Sur ces 22 cas, 13 n'ont éprouvé aucun trouble, 5 des troubles légers, 4 des troubles graves.

Parmi les troubles graves, une malade était déjà une dysendocrinienne avec un certain degré de Basedow. Les trois autres opérées avaient 30, 33 et 37 ans, leur hystérectomie avait été facile. Si l'ovaire avait continué à fonctionner, elles n'auraient pas dû présenter des manifestations aussi sérieuses. Le fait peut-être anatomiquement explicable : FREDET, dans sa communication, insiste sur la possibilité qu'ont les artères de la partie interne de l'ovaire de naître au point d'épanouissement de l'artère utérine. Une telle disposition entraînerait le pincement fatal de l'artère nourricière de l'ovaire avec le pédicule supérieur.

Les troubles légers sont parfaitement explicables par le ralentissement de la fonction ovarienne après suppression utérine.

Enfin, trois cas sont particulièrement instructifs (obs. 38, 68 et 101), il s'agit de femmes qui ont été opérées de 40 à 45 ans, alors qu'elles avaient leurs règles tout à fait normales. Après l'intervention, elles n'ont éprouvé aucun trouble. Ce n'est que de trois à sept ans après, à l'âge de leur ménopause physiologique qu'elles ont ressenti les symptômes habituels de la ménopause. Cela semble bien prouver que malgré l'exérèse utérine, les ovaires ont continué de fonctionner jusqu'à la ménopause habituelle.

En résumé :

Dans 60 % des cas aucun trouble.

Dans 25 % des cas troubles légers.

Dans 15 % des cas troubles graves.

Tels sont les résultats de la vaginale conservatrice, résultats que l'on pourrait peut-être améliorer en réactivant ces ovaires dont le fonctionnement est ralenti. Cette réactivation paraît nécessaire dans les suites opératoires, alors que la circulation est lente à se rétablir, plus tardivement lorsque l'activité de l'ovaire paraît s'atténuer.

Grâce à l'action hormonale d'un complexe gonadotrope (Antelobine Byla) ou même de folliculine (benzogynœstryl) ou peut-être d'un extrait de muqueuse utérine, on pourrait activer l'apparition folliculaire et réduire encore les troubles fonctionnels consécutifs à l'intervention.

CONCLUSIONS

Au cours de ce travail, nous avons essayé de montrer :

1^o Qu'il ne fallait pas mettre en opposition hystérectomie abdominale et hystérectomie vaginale.

L'hystérectomie vaginale, actuellement trop ignorée des chirurgiens, doit faire partie de la gamme des interventions courantes.

2^o Elle ne gardera sa valeur, que si on lui reconnaît des indications formelles et qu'on les limite exactement.

Nous avons montré qu'en dehors des indications tirées de l'état général qui en feraient une opération d'exception, on doit la pratiquer.

Dans certains fibromes :

- a)* les polypes sessiles, sphacelés ou hémorragiques ;
- b)* les fibromes de petit volume.

Dans les hémorragies après la ménopause :

Nous avons vu qu'il existait, certes, des hémorragies d'origine bénigne ; mais la crainte du cancer du corps doit faire rejeter le curettage biopsique, méthode infidèle et dangereuse, pour imposer l'hystérectomie vaginale.

Dans les métrites suspectes du col :

A cause de la possibilité d'une dégénérescence.

Ce sont là, trois indications de beaucoup les plus fréquentes.

Mais il ne faut pas méconnaître son utilité :

1. dans certains prolapsus utéro-vaginaux ;
2. dans les infections puerpérales ;
3. dans certaines hémorragies endocriniennes rebelles ;
4. dans l'inversion utérine, d'ailleurs très exceptionnelle.

Elle a été pratiquée et l'est encore, au cours des cancers du col, des suppurations pelviennes ou des chorio-épithéliomes.

Nous nous sommes efforcé de montrer pourquoi il ne fallait pas retenir ces indications. La vaginale était dans ces cas, une méthode tantôt incomplète, tantôt dangereuse.

3^o J.-L. FAURE a pu dire que la vaginale pouvait être la plus facile comme la plus difficile des interventions.

Il doit être exceptionnel de pratiquer une vaginale difficile, puisque l'on a à sa disposition l'hystérectomie abdominale. Seules des considérations d'état général peuvent l'imposer au chirurgien.

La vaginale doit être facile ou ne pas être. Voilà pourquoi on doit s'attacher lorsqu'il y a indication, à préciser les conditions anatomiques essentielles à cette opération.

- a) La lésion doit être utérine.
- b) L'utérus ne doit pas dépasser le volume du poing.
- c) Il doit être parfaitement mobile et légèrement abaissable.

Une lésion annexielle contre-indique donc toute hystérectomie par voie basse.

4° Nous avons décrit l'hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés, procédé que nous a enseigné notre Maître le Dr TOUPET.

Comme son nom l'indique, il est caractérisé :

- a) par la section première des utéro-sacrés, qui permet d'emblée un abaissement total de l'utérus ;
- b) par l'exérèse de la pièce en bloc et sans l'ouvrir. L'intervention étant ainsi conduite (même en cas de cancer) avec les mêmes règles d'aseptie qu'une hystérectomie abdominale.
- c) par la conservation des annexes ;
- d) par l'extériorisation des pédicules dans le vagin. Celle-ci évite le contact des pinces et des pédicules avec l'intestin, cause d'occlusion intestinale, leur sphacèle dans le ventre cause d'infection.

5° Nous apportons une statistique de 177 vaginales, qui est certainement une des plus importantes de France à l'heure actuelle.

Notre Maître le Dr TOUPET a conservé, en effet, à cette opération, la place qui lui revient, à côté de l'hystérectomie abdominale.

6° L'étude de nos résultats montre :

- a) que cette intervention est remarquablement bénigne, puisque appliquée à des malades dont la résistance est diminuée, elle a causé une mortalité très réduite, toujours explicable, par le mauvais état général des opérées ;
- b) les suites opératoires ont toujours été remarquablement simples ;
- c) les résultats anatomiques éloignés en sont excellents ; les rares rectocèles, que nous avons ob-

servées sont évidemment dues à la section des ligaments utéro-sacrés, mais seraient aussi bien survenues après hystérectomie totale haute.

- d) la conservation des ovaires, avec leur trompe, paraît enfin diminuer les troubles de la ménopause chirurgicale. Nous apportons plusieurs observations qui témoignent de la vie et de la fonction ovariennes après hystérectomie. Cette conservation est sans danger, cela justifie amplement notre méthode conservatrice, et mériterait peut-être de généraliser la conservation simultanée des annexes au cours des hystérectomies abdominales pour lésions utérines.
-

OBSERVATIONS

OBSERV. 1. — Mme F..., 58 ans. 16 août 1920. Prolapsus total. Col ulcéré. Femme obèse. Dédoublement périnéal et fente du vagin sur la ligne médiane. Hystérectomie difficile. Large colpectomie postérieure. Myoraphie (5 points au catgut). Suture du vagin. — *Résultat* : très bon à la sortie.

OBSERV. 2. — Mme D..., 41 ans. 18 août 1921. Prolapsus utérin et allongement hypertrophique. Hystérectomie vaginale avec ligatures. Myoraphie postérieure des releveurs.

OBSERV. 3. — Mme Ch..., 28 ans. 8 août 1921. Hystérectomie vaginale pour grosse métrite cervicale. Biopsie donnant une réponse douteuse, avec soupçon d'épithélioma. Hystérectomie vaginale par le procédé de Doyen. Conservation des annexes droites. Pincés à demeure et ligature de sûreté. — *Revue* : la malade n'a jamais eu de bouffées de chaleur. Hémorroïdes depuis 4 ans. Très légère rectocèle apparue récemment. Myoraphie à faire.

OBSERV. 4. — Mme B..., 15 septembre 1921. Prolapsus utérin total. Hystérectomie avec ligatures. Myoraphie des releveurs.

OBSERV. 5. — Mme L..., 62 ans. 16 septembre 1921. Néo du corps. Hystérectomie. Débridement vulvo-vaginal. Hémisection. Ligatures et pincés. *Pièce* : Cancer du corps typique, utérus de moyen volume.

OBSERV. 6. — Mme B..., 45 ans. 1922. Néo du corps. Femme de 100 kilogs. tabétique, cardiaque. Débridement. Hystérectomie vaginale difficile car l'utérus ne descend pas. Pincés à demeure. Pas de ligature. Utérus bourré de bourgeons cancéreux. Décédée. d'asystolie au 8^e jour.

OBSERV. 7. — Mme R..., 25 mai 1922. Prolapsus total. Dédoulement périnéal ; le vagin est fendu sur la ligne médiane. Incision circulaire autour du col. Ouverture du Douglas et bascule de l'utérus. Hémisection du fond vers le col à la manière de Doyen. Incision du cul-de-sac vésical et libération très facile de la vessie. Ligature du pédicule utéro-ovarien gauche qui vient facilement. Section du pédicule et recherche de l'utérine de haut en bas. Ligature en masse de la base de ce ligament large. On laisse les annexes droites et on lie la corne utérine droite. On recherche l'utérine de haut en bas, on l'isole très bien et on lie le vaisseau isolément : pour plus de sûreté on lie également les utérosacrés. Fermeture du péritoine. Excision d'un grand triangle vaginal. Suture des releveurs au catgut, suture du vagin et de la peau du périnée. Le procédé de Doyen semble avoir facilité beaucoup la libération de la vessie. Les deux premiers jours la malade va très bien et urine abondamment, puis cesse d'uriner, et meurt deux jours après avec signes nets d'urémie. L'autopsie n'est pas faite, mais il ne s'agit pas de ligature des uretères puisqu'elle a uriné les 48 premières heures.

OBSERV. 8. — Mme P..., 27 ans. 1920. Hystérectomie vaginale. Septicémie d'origine pelvienne. Débridement vulvo-vaginal. H. V. par le procédé de Doyen. A l'ouverture du Douglas écoulement d'un verre de pus. 4 pinces à demeure. Décédée le soir, d'infection.

OBSERV. 9. — Mme H..., 41 ans. 23 juin 1922. Hypertrophie du col, qui est très volumineux, avec de larges ulcérations métriques. On hésite entre l'ablation large du col et une hystérectomie vaginale : hystérectomie vaginale devant l'étendue des lésions. Débridement vulvo-vaginal. H. V. typique par hémisection antérieure. Ligatures des pédicules ; pinces à demeure de sécurité. Fermeture de la brèche périnéale.

OBSERV. 10. — Mme B..., 36 ans. 12 juillet 1922. Prolapsus utéro-vaginal total. Une incision vaginale limite d'emblée en avant et en arrière, le sacrifice de paroi. Collargement ulcéré et ulcération vaginale. Hystérectomie vaginale par hémisection totale. Ligatures faciles et correctes des pédicules. — *Fermeture* :

Myographie. Au cours de la recherche du plan de clivage, petite brèche rectale, qui est fermée en un plan.

OBSERV. 11. — Mme D..., 60 ans. 1922. Néo du corps. Débridement vulvovaginal. Incision circulaire autour du col, qui est complètement atrophié. Dégagement de la vessie. Incision du cul-de-sac antérieur. Pincement et section des utéro-sacrés. Pincement des pédicules supérieurs Suture vaginale. — *Pièce* : Cancer du corps, ne dépassant pas le muscle utérin. Morte au 8^e jour.

OBSERV. 12. — Mme B..., 62 ans. 31 janvier 1923. Néo du corps utérin. Hystérectomie vaginale. Débridement vulvo-vaginal. Dissection d'une collerette vaginale et fermeture. Isolement facile de la vessie. On pénètre assez difficilement dans le Douglas adhérent. Ligature de l'utérine gauche. Pincement de la corne utérine gauche, puis de la droite. Enfin pincement de la base du ligament large droit. La ligature de l'utérine gauche est appuyée par une pince. Reconstitution du périnée. Drainage filiforme. *Pièce* : Epithélioma de l'isthme. — *Revue* : Ligament large droit suspect.

OBSERV. 13. — Mme P..., 46 ans. 7 mars 1923. Cancer du corps vérifié par l'examen histologique. Hystérectomie vaginale, après débridement périnéal. Ablation de l'utérus et des annexes. Pincés à demeure : 2 mèches. — *Pièce* : Macroscopiquement : fibrome interstitiel siégeant dans la corne utérine. — *Revue* : Etat local parfait. Actuellement la malade a 60 ans, mais elle a eu de gros troubles de la ménopause, car on lui a enlevé les annexes.

OBSERV. 14. — Mme B... 4 mai 1923. Prolapsus utérin total. Hystérectomie vaginale. On commence par le dédoublement du périnée. Le vagin est iodé. Large résection triangulaire de la paroi antérieure du vagin. Essai de décollement vésical. La vessie se laisse très difficilement décoller. Ouverture du Douglas. Hémisection postérieure, et bascule de l'utérus en arrière. Reprise du décollement vésical du haut en bas. Hémisection totale. Ligature double des pédicules (pas d'ablation des annexes). Fermeture du vagin. 3 points de bronze sur le périnée.

OBSERV. 15. — Mme B..., 60 ans. 16 mars 1923. Prolapsus. Hystérectomie par hémisection antérieure. Double ligature sur chaque pédicule. Fermeture totale. Myoraphie des releveurs par 3 points de bronze.

OBSERV. 16. — Mme D..., 59 ans. 14 mars 1923. Prolapsus utérin. Hystérectomie vaginale. Bascule postérieure pour attaquer le cul-de-sac antérieur. Ligature. Fermeture totale. Périnée : 3 points de bronze.

OBSERV. 17. — Mme M..., 45 ans. 22 juillet 1923. Prolapsus total de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Large dédoublement périnéal. Large colpectomie postérieure. Ouverture du Douglas. Colpectomie antérieure. Décollement de la vessie. Hémisection antérieure. Hystérectomie avec double ligature. Fermeture du vagin. Reconstitution du vagin. Myoraphie postérieure. 3 points de bronze.

OBSERV. 18. — Mme Le R..., 45 ans. 27 juillet 1923. Prolapsus utérin total. Hystérectomie vaginale typique avec large colpectomie et myoraphie des releveurs.

OBSERV. 19. — Mme Z..., 46 ans. 25 septembre 1923. Fibrome et prolapsus. On commence par faire un dédoublement périnéal et par réséquer un triangle vaginal postérieur, on entreprend ensuite l'hystérectomie vaginale. Le fibrome est beaucoup plus volumineux qu'il ne l'avait semblé à l'examen clinique. L'utérus descend très mal, malgré l'hémisection progressive. On essaie le pincement et la section des utéro-sacrés sans grand résultat. On s'attaque alors au fibrome lui-même que l'on essaie de morceler et d'énucléer. On finit par y arriver péniblement. On laisse 6 pinces à demeure. On reconstitue le vagin. 2 points de bronze sur les releveurs. — *Revue* : le 4 août 1925. Périnée solide. Bon état général.

OBSERV. 20. — Mme R..., 50 ans. 1923. Prolapsus total. Dédoublement périnéal. Colpectomie postérieure. Colpectomie antérieure. La vessie est très difficile à repérer par en bas. Doyen. Hémisection postérieure. Recherche de la vessie par en haut. Double ligature de chaque pédicule. Fermeture du péritoine. Reconstitution du vagin. Myoraphie des releveurs.

OBSERV. 21. — Mme D..., 1924. Hystérectomie vaginale pour col suspect. Débridement vulvo-vaginal. Bascule utérine et hystérectomie de haut en bas. On laisse les annexes droites et on enlève les gauches. Ligatures et pinces sur les pédicules supérieurs et inférieurs. — *Pièce* : Col bourré de petits œufs de Naboth. Fibrome volume du poing.

OBSERV. 22. — Mme S..., 65 ans. 1923. Hystérectomie vaginale pour néo du corps. Débridement vulvo-vaginal. Hystérectomie de bas en haut en laissant les annexes. Pincés. — *Pièce* : Néo du corps infiltrant.

OBSERV. 23. — Mme M..., 47 ans. 1924. Corps douteux. Biopsie : état précancéreux. Débridement vulvo-vaginal peu étendu. Hystérectomie typique sans ouverture de l'utérus. Pincés et ligatures de sûreté. — *Pièce* : Métrite hyperplasique.

OBSERV. 24. — Mme L..., 27 ans. 25 avril 1924. Perforation utérine ; en pratiquant un curettage on trouve de l'épiploon dans l'utérus. Hystérectomie. Doyen. 4 pinces.

OBSERV. 25. — Mme M..., 48 ans. 1924. Col bourré d'œufs de Naboth. Métrorragies abondantes après ménopause : Cancer du corps. Hystérectomie vaginale. Impossible d'ouvrir le Douglas. Hémisection antérieure. Pénétration du pelvis. On constate alors une petite collection (un verre à Bordeaux de liquide chocolat). En combinant l'hémisection on arrive à dégager complètement l'utérus. 4 pinces à demeure. 4 mèches. — *Pièce* : Utérus avec noyaux fibromateux, augmenté de volume. Pas de dégénérescence de la muqueuse.

OBSERV. 26. — Mme L, R..., 64 ans. Prolapsus total. Hystérectomie vaginale par hémisection postérieure, qui facilite beaucoup le clivage vésical. Double ligature sur chaque pédicule. Suspension vaginale par le ligament rond. Périnéoraphie simple sans colpectomie. 3 fils de bronze.

OBSERV. 27. — Mme L..., 43 ans. 4 février 1925. Hystérectomie vaginale pour utérus fibromateux avec col suspect. Hystérectomie par hémisection antérieure (Procédé Doyen). Pincés à

demeure et ligatures. — *Pièce* : utérus fibromateux, muqueuse friable. Pas de cancer.

OBSERV. 28. — Mme P..., 64 ans, 3 mars 1926. Prolapsus utérin. Col suspect. Hystérectomie vaginale par section initiale des utéro-sacrés. Ligatures et pinces à demeure. 3 fils de bronze sur les releveurs.

OBSERV. 29. — Mme V..., 51 ans, 17 mars 1926. — *Diagnostic clinique* : Métrite cervicale avec dégénérescence épithéliale (constatée par biopsie à la consultation de Broca). On essaye d'abord de faire une hystérectomie vaginale, sans ouvrir la cavité utérine. Débridement vulvo-vaginal. Colpotomie. Libération de la vessie. L'utérus ne descend pas ; pincement des pédicules inférieurs. L'abaissement est encore insuffisant. On est obligé de faire une hémisection, qui permet d'énucléer un fibrome du volume d'une mandarine et de basculer l'utérus, qui est alors facilement extrait. Ligature et pincement des pédicules supérieurs. Pinces à demeure. — *Pièce* : l'utérus présente 4 noyaux fibromateux en plus de celui qui a été extrait, ayant la taille de prunes. Il ne semble pas à l'examen qu'il y ait trace d'épithélioma. — *Histologie* : Métrite hyperplasique. Fibrome.

OBSERV. 30. — Mme S..., 65 ans, 16 octobre 1926. Malade ayant subi un curetage pour polyre fibreux. (Ce curetage n'avait rien révélé de suspect). Ces hémorragies ayant récidivé, on se résout à une hystérectomie et en raison de l'adiposité de la malade on fait une hystérectomie vaginale. Dès le début, on prévoit de grosses difficultés. La traction sur le col ne l'abaisse pas d'un centimètre. Débridement vulvo-vaginal. On arrive péniblement par hémisection à faire une hystérectomie en laissant les annexes. 4 pinces abdominales. — *Histologie* : Epithélioma cylindrique du corps utérin.

OBSERV. 31. — Mme R..., 47 ans, 22 octobre 1926. Prolapsus utérin. Utérus rempli de noyaux fibromateux et dans son ensemble du volume d'un petit poing. Hystérectomie vaginale par le procédé de Doyen, avec bascule en *arrière* de l'utérus. Pinces à demeure sans ligature. Myoraphie avec résection d'un coin vaginal postérieur. — *Revue* : Etat parfait.

OBSERV. 32. — Mme D..., 50 ans. 17 novembre 1926. Hémorragies répétées chez une femme ménopausée suspecte de néo du corps. Hystérectomie vaginale sans ablation des annexes, 4 pinces à demeure. 2 mèches. — *Histologie* : Col de métrite banale.

OBSERV. 33. — Mme Le D..., 49 ans. 11 mars 1927. Hypertrophie du col qui est bourré d'œufs de Naboth. Utérus extrêmement difficile à abaisser ; on ne peut faire aucune opération plastique sur le col. Débridement vulvo-vaginale. Hystérectomie vaginale par le procédé de Segond, avec section initiale des utéro-sacrés, qui réussit à faire descendre l'utérus. — *Pièce* : Col en dégénérescence poly-kystique. Un petit polype intra-utérin. — *Histologie* : Col fibreux banal. — *Revue* : 20 mars 1929. Excellent état local ; on ne voit pas de trace du débridement vulvo-vaginal. Périnée solide.

OBSERV. 34. — Mme A..., 31 mars 1927. Examen clinique : polype utérin ou cancer du corps. Hystérectomie vaginale par section initiale des utéro-sacrés. Opération très régulière. Pince à demeure. Le lendemain anurie complète. Laparatomie ; vérification des 2 uretères, qui ne sont pas pincés. Les pinces sont toutes remplacées par des ligatures. Mikulicz. Sonde vésicale qui donne 10 cm. d'urines purulentes. — *Pièce* : Utérus fibromateux à petits noyaux multiples. La malade a fait une phlébite légère avec hydarthrose du genou. — *Histologie* : Adénome et fibrome. — *Revue* : 1^{er} septembre 1927. Légère raideur de la jambe. Bon état local.

OBSERV. 35. — Mme B..., 68 ans. 23 juin 1927. — *Examen clinique* : Epithélioma du col de l'utérus. Hystérectomie vaginale classique avec débridement vulvo-vaginal. Fermeture du vagin. Extériorisation des pédicules. Au cours de l'intervention on ne voit pas les uretères. Cancer cavitaires ayant presque complètement détruit le col et l'isthme. Infection secondaire. Odeur fétide. La malade est décédée le lendemain de défaillance cardiaque.

OBSERV. 36. — Mme M..., 56 ans. 10 septembre 1927. Cystocèle très marquée. Col saignant suspect. Hystérectomie vaginale par

section initiale des utéro-sacrés. Fixation des pédicules supérieurs au vagin. Fermeture complète du vagin. Myographie des releveurs. — *Pièce* : Utérus sénile sans lésions cancéreuses. — *Revue* : Etat local parfait. Il n'y a pas trace de prolapsus. Légère dysurie.

OBSERV. 37. — Mme J..., 44 ans. 17 août 1927. Diagnostic clinique : Pertes sanguines et purulentes chez une femme ménopausée. Cloisonnement du fond du vagin empêchant le toucher. Col bourré d'œufs de Naboth. Col suspect. Hystérectomie vaginale par section des utéro-sacrés, procédé ordinaire. — *Pièce* : Pas de lésion macroscopique en dehors de la sclérose du col.

OBSERV. 38. — Mme D..., 40 ans. 26 octobre 1927. Hémorragies assez abondantes. Utérus fibromateux. Hystérectomie vaginale par section initiale des utéro-sacrés. Utérus ayant le double du volume normal. Muqueuse extrêmement épaisse (1/2 cent.) mais non dégénérée. — *Revue* : Pas de bouffées de chaleur pendant 9 ans. Elles ne sont apparues que maintenant.

OBSERV. 39. — Mme M..., 30 ans. 2 mai 1928. Petites métrorragies depuis cinq ans. Deux curettages sans succès. Hystérectomie vaginale par section des utéro-sacrés. — *Pièce* : Utérus normal, il semble qu'au fond il y ait un cancer au début. — *Histologie* : Epithélioma cylindrique de l'utérus.

OBSERV. 40. — Mme A..., 50 ans. 31 août 1928. Diagnostic clinique. Polype ou néo du corps. Vagin étroit. Débridement vulvo-vaginal. Hystérectomie vaginale par section des utéro-sacrés. L'utérine gauche se rompt, car elle est sclérosée. Elle est repincée à vue. Fermeture vaginale. Pincés à demeure. — *Pièce* : Polype de la grosseur d'une petite noix implanté dans le fond utérin.

OBSERV. 41. — Mme V..., 55 ans. 16 février 1929. — Diagnostic clinique : Métrite hémorragique ou néo du corps. Hystérectomie vaginale par section des utéro-sacrés. — *Pièce* : Tout petit utérus rempli de bourgeons cancéreux. — *Histologie* : Epithélioma cylindrique. — *Revue* : 10 janvier 1930. Bon état général. Bon état local. — 8 octobre 1931. Bon état.

OBSERV. 42. — Mme D..., 53 ans. 14 mars 1929. — *Diagnostic clinique* : Métrorragie après la ménopause. Hystérectomie vaginale par section des utéro-sacrés. Fixation des pédicules supérieurs à la tranche vaginale. — *Pièce* : Petit utérus. Noyau fibromateux du volume d'une cerise, sous-muqueux. — *Revue* : le 1^{er} mars 1932 : Rien d'anormal du côté pelvien.

OBSERV. 43. — Mme L..., 54 ans. 3 mai 1929. — *Diagnostic clinique* : Métrorragies après la ménopause. Petit utérus. Hystérectomie vaginale par section des utéro-sacrés. Fermeture du vagin. — *Pièce* : Petit utérus. Rien dans la cavité. Disparition complète de la muqueuse. Phlébite variqueuse. Aucun incident local.

OBSERV. 44. — Mme Le M..., 42 ans. 5 novembre 1929. Col hypertrophié laissant passer des bourgeons suspects. Cystocèle. Colpectomie antérieure et postérieure. Hystérectomie vaginale par section des utéro-sacrés. Annexes enlevées. Myoraphie des releveurs. — *Revue* : Bouffées de chaleur pendant 2 ou 3 ans disparues actuellement. Bon état local.

OBSERV. 45. — Mme F..., 40 ans. 12 février 1930. Prolapsus, Col très volumineux et ulcéré. Hystérectomie vaginale par section des utéro-sacrés. Ligatures. Fermeture complète du vagin après extériorisation des pédicules. — *Pièce* : Utérus un peu augmenté de volume. Rien de suspect. — *Revue* : Bouffées de chaleur légères. Très bon résultat anatomique.

OBSERV. 46. — Mme C..., 46 ans. 20 février 1930. Métrite hémorragique ou néo du corps. Hystérectomie vaginale par section des utéro-sacrés. Ligatures sur le pédicule supérieur. Pincés sur l'utérine. Fermeture vaginale. — *Pièce* : Pas de néo du corps.

OBSERV. 47. — Mlle O..., 68 ans. 19 mars 1930. — *Diagnostic clinique* : Hémorragie après la ménopause. Néo du corps possible. Hystérectomie vaginale par section des utéro-sacrés. (Cas peu favorable, facilité par la section des utéro-sacrés.) Extériorisation des pédicules. Fermeture du vagin. — *Pièce* : Petit utérus à noyaux fibromateux multiples dont quelques-uns en transformation maligne.

OBSERV. 48. — Mme L..., 68 ans. 11 avril 1930. Prolapsus total. Col ulcéré. Hystérectomie vaginale avec ligature et extériorisation des pédicules. Large colpectomie antérieure. Myoraphie des releveurs.

OBSERV. 49. — Mme W..., 48 ans. 3 septembre 1930. Utérus fibromateux du volume d'un petit poing. Hystérectomie vaginale par section initiale des utéro-sacrés. Enucléation d'un fibrome qui empêchait la descente. Ligature des pédicules supérieurs. Pincées à demeure sur les utérines. Extériorisation des pédicules et fermeture du vagin.

OBSERV. 50. — Mme G..., 47 ans. 12 novembre 1930. — *Diagnostic clinique* : Métrite hémorragique ou néo du corps. Hystérectomie vaginale par section initiale des utéro-sacrés. Utérus très fixé. La section des utéro-sacrés permet l'abaissement. Hémorragie au cours de la descente par rupture du ligament utéro-ovarien. Débridement vulvovaginal. Recherche pénible de l'hémorragie. Ligatures, pincées. 4 mèches. — *Revue* : Bouffées de chaleur pendant 3 ans, qui ont disparu actuellement. Quelques pertes sanguines. Petit bourgeon à l'angle du vagin à nitrater.

OBSERV. 51. — Mme J..., 48 ans. 14 novembre 1930. Utérus fibromateux. Hémorragies depuis un an. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Abaissement presque complet, mais vagin très étroit. Hémisection totale pour dégager le fond et les pédicules supérieurs. 4 pincées à demeure dans le vagin et fermeture du vagin entre les deux groupes de pincées.

OBSERV. 52. — Mme R..., 75 ans. 28 décembre 1931. Prolapsus utérin total. Ulcération du col hypertrophié. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Fermeture du vagin qui est suspendu par les pédicules supérieurs. Pincées à demeure sur les pédicules inférieurs. Myoraphie des releveurs. Décédée de défaillance cardiaque trois jours après.

OBSERV. 53. — Mme B..., 53 ans. 1931. — *Diagnostic clinique* : Métrorragies par utérus fibromateux. Hystérectomie vaginale

par section première des utéro-sacrés, 4 pinces à demeure. Fermeture du vagin. Fixation des pédicules. — *Pièce* : Utérus fibromateux du volume du poing, sans dégénérescence. Suites opératoires normales.

OBSERV. 54. — Mme M..., 48 ans. 6 février 1931. Métrorragies par utérus fibromateux. Femme extrêmement obèse. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Abaissement très difficile. L'utérus descend cependant jusqu'à démasquer le fond par section des utéro-sacrés. Les pédicules supérieurs arrêtent la descente ; ils sont pincés assez difficilement au ras de la corne utérine. Le pédicule gauche pourrait avoir échappé en partie. Par prudence 2 mèches intrapelviennes. On ne ferme pas le vagin. Pinces à demeure. Suites opératoires normales. — *Revue* : Femme très obèse. Pas de bouffées de chaleur. Etat local parfait.

OBSERV. 55. — Mme P..., 48 ans. 14 octobre 1931. — *Diagnostic clinique* : Métrite hémorragique résistant à un curetage. Lésions annexielles gauches possibles. Hystérectomie vaginale typique avec débridement. Ablation facile de l'utérus et des annexes. Ligatures sur les ligaments ronds. Pinces et ligatures sur les pédicules inférieurs. Extériorisation des 4 pinces. — *Pièce* : Pas de cancer. Utérus atteint d'atrophie sénile. Suites opératoires normales.

OBSERV. 56. — Mme L..., 42 ans. 30 février 1931. Petit fibrome à noyaux multiples. Métrorragies. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Ligature des pédicules supérieurs. Pinces à demeure sur les utérines. Fermeture complète du vagin. Suites normales. Un crochet à 39 au 4^e jour, dû à une rétention derrière la mèche.

OBSERV. 57. — Mme B..., 48 ans. 1931. — *Diagnostic clinique* : Néo du corps. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Ligatures. Exérèses des 2 annexes scléro-kystiques. Fermeture du vagin. — *Pièce* : Epithélioma du fond. — *Histologie* : Adénome du col suspect.

OBSERV. 58. — Mlle L..., 59 ans. 13 mai 1931. — *Diagnostic*

clinique : Métrite sénile ou cancer du corps. Hystérectomie vaginale. On commence par un procédé Segond. Mais la longueur de l'isthme empêche de prendre le ligament utéro-sacré dans sa totalité. Hémisection de l'isthme qui fait échapper un flot de pus de la cavité utérine. Débridement vulvo-vaginal. Pincement et section en bonne place de l'utéro-sacré. L'utérus descend immédiatement. Pince à demeure. Fermeture du vagin. Fermeture de la brèche périnéale. — *Histologie* : 1 fragment de col et 1 fragment de corps, pas de néo visible sur les deux coupes. Le 30 juillet : Très bon état. — *Revue* : Rectocèle importante à traiter par une myoraphie.

OBSERV. 59. — Mme T..., 55 ans. 22 juillet 1931. — *Diagnostic clinique* : Métrite sénile ou cancer du corps. Poids de la malade 96 kilos. Vagin étroit, col complètement effacé. Débridement vulvo-vaginal. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Abaissement difficile, qui aurait été impossible sans la section des utéro-sacrés. 4 pinces à demeure dans le vagin. 3 points entre les pinces. — *Pièce* : Métrite sénile sans trace de cancer.

OBSERV. 60. — Mme M..., 43 ans. 6 novembre 1931. — *Diagnostic clinique* : Polype sphacélé du volume d'une petite orange. En réalité sous anesthésie (éther), on constate qu'il s'agit d'une grosse masse développée aux dépens de la lèvre postérieure du col qui paraît cancéreuse. On est obligé d'enlever la masse pour se donner du jour. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Descente parfaite après section des U. S. Pinces et ligatures sur les pédicules supérieurs. Pinces sur les inférieurs. Extériorisation, suture du vagin. — *Histologie* : Sarcome probable fuso-cellulaire.

OBSERV. 61. — Mme D..., 46 ans. 4 décembre 1931. — Prolapsus total de l'utérus. Hystérectomie vaginale par hémisection totale. On commence par un dédoublement du périnée, pour résection vaginale postérieure. L'allongement considérable de l'isthme rend l'hémisection indispensable. En outre salpingite kystique droite. On arrive cependant à dégager systématiquement chaque moitié. Ligature des 2 pédicules.

OBSERV. 62. — Mme B..., 49 ans. 1932. — *Diagnostic clinique*: Métrorragies; fibrome. Examen très difficile; col complètement fixé. Débridement vulvo-vaginal. Section initiale des utéro-sacrés: l'utérus ne descend pas. Hémisection totale qui dégage progressivement le fond utérin bourré de noyaux fibromateux. L'énucléation du plus gros (5 cm.) permet l'extériorisation complète. 4 pinces à demeure. Fermeture et résection du vagin.

OBSERV. 63. — Mme B..., 48 ans. 13 janvier 1931. — *Diagnostic clinique*: Col suspect. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Annexes laissées en place. Fermeture totale du vagin. Extériorisation des pédicules. Histologie: Métrite banale du col sans cancer. 3 mois après rectocèle traitée par colpectomie et myoraphie des releveurs. Actuellement: Récidive de la rectocèle qui est grosse comme un œuf de poule, mais qui grossit à l'effort. La malade ne pourra être soulagée que par un Lefort. Elle n'a pas eu troubles de la ménopause, après sa vaginale.

OBSERV. 64. — Mme A..., 72 ans. 16 mars 1932. Hystérectomie vaginale (rachi) pour prolapsus utérin. H. V. par section première des utéro-sacrés. Ligatures. Myoraphie des releveurs. Durée 14 jours.

OBSERV. 65. — Mme P..., 34 ans. 8 avril 1932. Perforation utérine au cours de curettage. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. 4 pinces à demeure. 3 perforations sur le fond. Guérison.

OBSERV. 66. — Mme S..., 48 ans. 13 avril 1932. — *Diagnostic clinique*: Métrite sénile ou épithélioma. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Fermeture complète du vagin. Ligatures sur les pédicules supérieurs. Pinces sur les pédicules inférieurs. — *Pièce*: Pas de lésions pathologiques apparentes.

OBSERV. 67. — Mme D..., 53 ans. 27 avril 1932. Prolapsus. Allongement hypertrophique du col. Petit fibrome. Hystérectomie vaginale (rachi) par section première des utéro-sacrés. Hémisection complémentaire. Fibrome du volume d'une

orange. Pincés à demeure. Fermeture du vagin. Suites opératoires normales.

OBSERV. 68. — Mme B..., 45 ans. 29 avril 1932. Utérus fibromateux. Polype utérin probable, métrorragies abondantes. Malade extrêmement grasse. Etat général médiocre. Hystérectomie vaginale par section des utéro-sacrés. La descente utérine est arrêtée par un excès de volume. Hémisection totale de l'utérus fibromateux qui a le volume d'un gros poing. 4 pincés à demeure. Fermeture complète du vagin. Légère infection vésicale par la sonde. — *Revue* : Malade obèse. Etat local parfait. Petit bourgeon sur un pédicule à nitrater. La malade n'a pas présenté de troubles de la ménopause pendant 3 ans, puis à l'âge normal de la ménopause elle a eu des vertiges, des bouffées de chaleur, tous symptômes qu'elle n'avait pas éprouvés après l'opération.

OBSERV. 69. — Mme C..., 1932. Entrée le 4 mai, opérée 4 mai, morte le 6. Avortement provoqué. Ventre de bois. Perforation utérine possible. Colpectomie exploratrice qui donne un flot de pus. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés 4 pincés. Tamponnement à la gaze iodoformée. — *Pièce* : Pas de perforation visible sur l'utérus, les trompes rouges et enflammées ont été laissées.

OBSERV. 70. — Mme J..., 40 ans. 17 juin 1932. Métrorragies abondantes. Utérus fibromateux. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Pincés à demeure, opération très facile. Fermeture du vagin entre les pincés. — *Pièce* : Utérus fibromateux sans cancer. Suites normales

OBSERV. 71. — Mme L., 43 ans. 24 juin 1932. Utérus fibromateux. Hémorragies abondantes. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Pincés à demeure. Très facile. Durée 9 minutes. — *Histologie* : Tumeur développée aux dépens de débris placentaires. Suites opératoires normales.

OBSERV. 72. — Mme C..., 48 ans. 25 juin 1932 Hémorragies répétées, abondantes. Anémie extrême. Polype intra-cavitaire. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés

4 pinces extériorisées. — *Pièce* : Polype très largement implanté qu'il eût été impossible d'enlever sans hystérectomie. — *Revue* : Bouffées de chaleur. Etat local parfait.

OBSERV. 73. — Mme L..., 48 ans. 6 juillet 1932. Utérus fibromateux, métrorragies. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Le corps ayant le volume d'un gros poing, on est obligé pour le descendre de faire une hémisection. Pinces à demeure. Fermeture du vagin entre les pinces. — *Pièce* : Utérus fibromateux sans trace de dégénérescence. Suites opératoires normales — *Revue* : Etat local parfait, se plaint de prurit vulvaire. Légers vertiges.

OBSERV. 74. — Mme C..., 50 ans. 27 juillet 1932. Prolapsus total de l'utérus. Hystérectomie vaginale avec ligature. Colpectomie antérieure et postérieure. Myoraphie des releveurs.

OBSERV. 75. — Mme D..., 37 ans. 7 octobre 1932. Fibrome du volume d'un gros poing. Section des utéro-sacrés. Le fond utérin est accroché, on doit recourir à l'hémisection totale qui l'abaisse facilement. Extériorisation des pinces. Fermeture du vagin par 3 points. — *Revue* : Aucun trouble de la ménopause chirurgicale. Etat local parfait.

OBSERV. 76. — Mme L..., 44 ans. 19 octobre 1932. Fibrome du volume d'un très gros poing. Section première des utéro-sacrés, puis hémisection 4 pinces. Légère hémorragie. Transfusion à 23 heures Nouvelle anesthésie : la pince utérine droite a dérapé du bec. Remise en place de la pince. 3 mèches — *Pièce* : Fibrome avec allongement hypertrophique du col. — *Revue* : Légers vertiges et quelques bouffées de chaleur. Bride médio-vaginale. Etat local parfait.

OBSERV. 77. — Mme F..., 51 ans. 19 octobre 1932. Fibrome du volume du poing. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. 4 pinces. Suites opératoires normales. — *Revue* : Aucun trouble de ménopause. Etat local satisfaisant.

OBSERV. 78. — Mme G..., 46 ans. 2 décembre 1932. Polype utérin. Possibilité de dégénérescence. Hystérectomie vaginale. Pinces appuyées par des ligatures. Fermeture du vagin. Suites

opératoires normales. — *Revue* : Etat local parfait. Pas de bouffées de chaleur.

OBSERV. 79. — Mme S..., 45 ans. 11 janvier 1933. Métrorragies persistantes : utérus fibromateux. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés.

OBSERV. 80. — Mme J..., 41 ans. 25 janvier 1933. — *Diagnostic* : Métrorragies dues à un fibrome ou un cancer du corps. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Pincés à demeure. Fermeture du vagin. — *Pièce* : Polype fibreux du volume d'une noix implanté sur le fond. — *Revue* : Etat local parfait, légers vertiges, peu de bouffées de chaleur.

OBSERV. 81. — Mme V..., 33 ans. 1^{er} février 1933. Polype sphacélé de la grosseur d'une mandarine, extériorisé et nécrosé. Grosses métrorragies. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. 4 pincés. Fermeture du vagin. Suites opératoires normales. — *Revue* : Résultat parfait, ni bouffées de chaleur ni vertiges.

OBSERV. 82. — Mme D..., 55 ans. 17 février 1933. Femme obèse et fatiguée. Fibrome. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés, descente impossible. Hémisection, énucléation progressive de noyaux fibromateux. Opération difficile. La masse enlevée représente le volume d'un gros poing. Pincés à demeure. Pas de fermeture du vagin. Mèches. Suites opératoires normales.

OBSERV. 83. — Mme J..., 57 ans. 22 février 1933. Pertes rousses intermittentes après la ménopause. Vagin très étroit ; col effacé. Débridement vulvo-vaginal gauche. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. 4 pincés. Fermeture du vagin. — *Pièce* : rien de suspect. Suites opératoires normales.

OBSERV. 84. — Mme D..., 53 ans. 1^{er} mars 1933. Hémorragies après la ménopause. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Fermeture du vagin et extériorisation des pincés. — *Pièce* : Polype du volume d'un petit grain dans la corne droite. — *Histologie* : Polype avec sphacèle. Suites opératoires normales.

OBSERV. 85. — Mme F..., 32 ans. 24 mars 1933. Infection pelvienne grave *post abortum* datant de 6 jours. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Suites opératoires normales.

OBSERV. 86. — Mme L..., 41 ans. 7 avril 1933. — *Diagnostic* : Métrite sénile ou néo du corps. Hystérectomie vaginale typique. Vagin non fermé. 2 mèches. — *Pièce* : Gros adénome en transformation néoplasique. Hémorragie abondante l'après-midi. Méchage et transfusion. L'hémorragie continuant, on vérifie les pinces. Laparotomie à neuf heures du soir. La paroi abdominale saigne, sans qu'on puisse arrêter. Tamponnement du pelvis. La malade meurt dans la nuit d'hémorragie.

OBSERV. 87. — Mme S..., 50 ans. 1933. Prolapsus utérin total. Colpectomie antérieure et postérieure. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Myoraphie des releveurs. Suites normales.

OBSERV. 88. — Mme L..., 48 ans. 21 juin 1933. — *Diagnostic* : Cancer possible endo-cervical. Débridement vulvo-vaginal. Hystérectomie vaginale. Annexes laissées. Fermeture du vagin. — *Pièce* : Il ne semble pas qu'il s'agisse d'un néo. — *Histologie* : Epithélioma salpingien baso-cellulaire. Le 11 janvier 1934 : Bourgeon au niveau de la vulve et du vestibule paraissant franchement néoplasique. Décédée après généralisation.

OBSERV. 89. — Mme F..., 30 ans. 5 juillet 1933. Femme ayant eu 3 enfants. Gros col saignant et ulcéré. Hystérectomie vaginale par section première des utéros-sacrés. 2 mèches, 4 pinces. Suites normales. — *Revue* : Bouffées de chaleur très pénibles sans période fixe, très fréquentes. Etat local parfait.

OBSERV. 90. — Mme V..., 39 ans. 5 juillet 1933. Métrorragies ; utérus fibromateux. Vaginale par section première des utéro-sacrés. Fermeture du vagin. Extériorisation des pinces. — *Pièce* : Utérus fibromateux, métrite fongueuse. — *Revue* : Jamais de bouffées de chaleur. Bon état local.

OBSERV. 91. — Mme C..., 34 ans. 13 juillet 1933. Métrite cervicale, métrorragies répétées. Vaginale par section première des

utéro-sacrés. 4 pinces. Fermeture du vagin. — *Pièce* : Le col n'est pas suspect de cancer. Muqueuse utérine atrophiée comme s'il y avait eu récemment un curettage. Suites opératoires normales.

OBSERV. 92. — Mme S..., 35 ans. 23 juillet 1933. Infection puerpérale par fausse couche. Ventre de bois, vomissements porracés. Temp. 40, pouls 160. Vaginale avec pinces. Morte le lendemain.

OBSERV. 93. — Mme M..., 51 ans. 9 août 1933. Utérus fibromateux. Métrorragies. Vaginale par section première des utéro-sacrés, puis hémisection. Salpingite droite que l'on enlève. 5 pinces. — *Revue* : Suites normales. Bouffées de chaleur assez gênantes. Bon état local. T. A. 27-13.

OBSERV. 94. — Mme V..., 38 ans. 11 octobre 1933. Métrorragies persistantes résistant à 4 curettages. Vaginale par section première des utéro-sacrés. Ablation des annexes. Fermeture du vagin, 4 pinces. — *Pièce* : Utérus métritique ; suites opératoires normales. — *Revue* : Bouffées de chaleur. Mais il y a eu castration. Etat local parfait.

OBSERV. 95. — Mme G..., 42 ans. 25 octobre 1933. Prolapsus total. Etat général déficient. Femme très grasse. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Annexes gauches enlevées pour salpingite. Fixation du vagin par les pédicules supérieurs. Fermeture du vagin. Myoraphie des releveurs.

OBSERV. 96. — Mme R..., 77 ans. 1933. Epithélioma du corps. Débridement vulvo-vaginal. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Cancer très avancé. Décédée le 8^e jour de pneumonie des vieillards sans température.

OBSERV. 97. — Mme B..., 36 ans. 7 février 1934. Métrite cervicale un peu suspecte ; utérus gros ; règles très abondantes. Hystérectomie par le procédé Segond très difficile à cause de la sclérose ligamentaire. La section première des utéro-sacrés permet cependant d'extérioriser le fond. Pinces à demeure sans fixation vaginale. 2 mèches ; la vessie contient à la fin de l'opé-

ration 300 grammes de liquide, les urines sont légèrement rosées. Suites normales.

OBSERV. 98. — Mme Y..., 61 ans. 23 février 1934. Diagnostic : Métrorragies chez une femme ménopausée. Néo du corps possible. Nullipare. Vulve très étroite, débridement vulvo-vaginal d'emblée. Hystérectomie vaginale très facile. Pince à demeure. — *Pièce* : Petit utérus, col atrésié. Deux noyaux qui paraissent fibromateux. On trouve la cavité utérine avec un peu de difficulté et on trouve un noyau fibromateux de 3 cm. de diamètre environ, qui paraît macroscopiquement en pleine dégénérescence. Il ne semble pas qu'un curettage explorateur eût pu donner des renseignements plus précis. Cette malade avait été curettée antérieurement. Cas légitimant d'une façon absolue l'hystérectomie vaginale de principe, chez les femmes ménopausées qui saignent. — *Revue* : Périnée très solide, il reste au niveau de la cicatrice vaginale quelques petits bourgeons charnus probablement cicatriciels, à nitrater. — *Histologie* : Epithélioma cylindrique du corps.

OBSERV. 99. — Mme M..., 47 ans. 25 avril 1934. — *Diagnostic* : Hémorragie de la ménopause. Règles abondantes depuis 6 semaines sans interruption. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. — *Pièce* : Utérus scléreux ; muqueuse à type atrophique. — *Revue* : Etat parfait.

OBSERV. 100. — Mme G..., 49 ans. 22 août 1934. — *Diagnostic* : Epithélioma endocervical. Abaissement du col qui est complètement atrésié ; l'utérus descendant mal. Débridement vulvo-vaginal. Hystérectomie vaginale par procédé ordinaire. Hémostase difficile. Six clans à demeure plus 2 kochers, plus 2 mèches. — *Pièce* : Isthme extrêmement scléreux, muqueuse un peu suspecte mais rien de typique. — *Histologie* : Isthme utérin, glandes normales. Tissu fibreux, pas de cellules néoplasiques dans le fragment. — *Revue* : Pas de troubles de la ménopause. Rectocèle du volume d'un œuf de poule apparue depuis 6 mois.

OBSERV. 101. — Mme F..., 45 ans. 29 août 1934. — *Diagnostic* : Métrite sénile. Epithélioma peu probable. Hystérectomie vaginale procédé ordinaire, pinces à demeure. — *Pièce* : Utérus sclé-

reux. Muqueuse complètement atrophiée. — *Revue* : Bouffées de chaleur légères, qui ne sont apparues que maintenant, au moment à peu près normal de la ménopause. Etat local parfait.

OBSERV. 102. — Mme B..., 40 ans. 29 août 1934. — *Diagnostic* : Utérus fibromateux et métrite cervicale. Hystérectomie vaginale (Combinaison d'hémisection totale et de section des utéro-sacrés). Noyau fibromateux de la grosseur d'une mandarine. Extériorisation des pinces, dans le vagin. Drains entre les deux points de suture. — *Histologie* : Col extrêmement suspect. Les coupes passent en dehors des lésions vraisemblables. — *Revue* : Pas de troubles de la ménopause. Etat local parfait.

OBSERV. 103. — Mme T..., 48 ans. 10 octobre 1934. — *Diagnostic* : Polype utérin ayant donné lieu il y a 3 mois à des accidents infectieux avec septicémie ; actuellement un polype de la grosseur d'un gros grain de raisin sort par le col. — Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Deux points de fermeture sur le vagin. — *Revue* : pas de troubles de la ménopause. Examen local parfait.

OBSERV. 104. — Mme L..., 50 ans. 17 octobre 1934. — *Diagnostic* : Hémorragie depuis 6 mois, ne cédant à aucun traitement. Femme extrêmement grasse (100 kgr.). Hystérectomie vaginale avec débridement vulvo-vaginal. Abaissement très difficile ; on arrive cependant à faire une hystérectomie sans ouvrir la cavité utérine. Du côté des annexes gauches salpingite kystique que l'on laisse en place. Pinces à demeure. 2 mèches iodoformées. — *Pièce* : Un polype dans chaque corne. Deux fibromes sous-muqueux. Suites opératoires : Suppuration de débridement. — *Revue* : Troubles de la ménopause normaux. Rectocèle peu importante du volume d'un œuf de poule.

OBSERV. 105. — Mme C..., 25 ans. 21 novembre 1934. — *Diagnostic* : Hémorragie presque continue depuis 3 ans. Utérus du volume d'un gros poing. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Le corps est trop volumineux pour passer. L'hémisection amorcée fait descendre immédiatement l'utérus. 4 pinces à demeure. Fermeture du vagin par 3 points entre les pinces. — *Pièce* : Utérus du volume d'un gros poing.

Paroi 2 cm. d'épaisseur. Au niveau du fond disparition de la muqueuse. Caillots organisés. Pas d'aspect cancéreux.

OBSERV. 106. — Mme R..., 45 ans. 16 janvier 1935. — *Diagnostic* : Prolapsus utérin et utérus fibromateux, on hésite d'abord à faire une périnéoraphie, mais étant donné la mauvaise qualité de l'utérus on se décide à faire une hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Extériorisation des pinces. Myoraphie des releveurs. — *Revue* : Peu de bouffées de chaleur. Légers troubles de la ménopause. Etat local parfait. Pas de récédive du prolapsus.

OBSERV. 107. — Mme V..., 31 janvier 1935. Infection suraiguë à type hémorragique et ictérique, à la suite d'une tentative d'avortement datant de 48 heures. Ictère : pommettes violacées, urines noires. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. A l'ouverture du Douglas : sang et quelques flocons de pus. Tissu très friable. Pinces à demeure. 3 mèches. — *Pièce* : Pas de perforation utérine. Organe entier, coloration hortensia. Pas de traces de débris placentaires. Très probable manœuvres abortives faites sur utérus sain.

OBSERV. 108. — Mme J..., 36 ans. 6 février 1935. Malade ayant subi il y a 2 ans une amputation du col. Actuellement col dur, saignant et ulcéré. — *Biopsie* : Adénome suspect. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Abaissement difficile ; débridement vulvo-vaginal. Ablation des annexes droites. Fermeture vaginale totale. — *Revue* : Aucun trouble de la ménopause. Etat local parfait.

OBSERV. 109. — Mme R..., 56 ans. 20 février 1935. Hémorragies de la ménopause depuis 4 mois (novembre 1934). Gros utérus. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Pinces à demeure. 3 mèches. Pas de fermeture du vagin. — *Pièce* : Utérus fibromateux. Gros col, muqueuse avec foyer hémorragique. — *Histologie* : Fibrome. Adénome très enflammé, ulcéré. Pas de néo dans le fragment de muqueuse.

OBSERV. 110. — Mme H..., 46 ans. 22 mars 1935. Diagnostic : Fibrome utérin. Hémorragies abondantes depuis 2 ou 3 ans.

Vulve étroite. Débridement vulvo-vaginal. Malgré ce débridement l'abaissement est difficile. Hémisection qui permet le pincement plus facile des utéro-sacrés. Le corps utérin a le volume d'un gros poing et descend assez difficilement. Pincées à demeure, pas de fixation des pédicules, 2 mèches. — *Pièce* : Utérus fibromateux du volume d'un petit poing, muqueuse fongueuse.

OBSERV. 111. — Mme M..., 42 ans. 10 mai 1935. Malade ayant subi 2 séries d'irradiations pour fibrome utérin. A l'examen, il semble qu'il s'agisse d'un petit fibrome à noyaux multiples ; malgré l'étroitesse du vagin on décide de faire une hystérectomie vaginale. Débridement vulvo-vaginal. A l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, on constate un épanchement séreux. A l'exploration : utérus pas très volumineux, fond avec adhérences multiples. Section des utéro-sacrés, permettant de descendre l'utérus jusqu'à la corne gauche exclusivement, celle-ci est envahie par un épithélioma. Adhérences aux organes voisins. Exérèse incomplète. Pincées à demeure. Fermeture. 4 mèches. Radiothérapie à faire immédiatement à la sortie.

OBSERV. 112. — Mme T..., 47 ans. 21 juin 1935. *Diagnostic* : Métrite hémorragique. Hémorragies très abondantes, petit utérus. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Extériorisation des pincées. Fermeture du vagin. — *Pièce* : Petit utérus. — *Revue* : Bouffées de chaleur très accusées. Etat local parfait.

OBSERV. 113. — Mme B..., 45 ans. 12 juillet 1935. — *Diagnostic* : Métrite sénile. Col suspect. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. 4 pincées à demeure. Fermeture du vagin. — *Pièce* : Rien de suspect au niveau du corps. Col examen histologique. — *Histologie* : Epithélioma cylindrique du col.

OBSERV. 114. — Mme E..., 53 ans. 9 octobre 1935. — *Diagnostic* : Hémorragies post-ménopausiques. Cancer peu probable. Hystérectomie vaginale. Utérus fixé surtout en avant. Débridement vulvo-vaginal. Section première des utéro-sacrés. Hystérecto-

mie un peu difficile, mais correcte. Fermeture du vagin. Extériorisation des pinces.

OBSERV. 115. — Mme D..., 42 ans. 18 octobre 1935. — *Diagnostic* : Petit fibrome utérin provoquant des métrorragies depuis 1 an. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Ablation de l'ovaire gauche, pas de fixation des pédicules ni fermeture du vagin. 3 mèches iodoformées. — *Pièce* : Petits noyaux fibreux, muqueuse fongueuse. — *Revue* : Etat local parfait. Pas de troubles de la ménopause anticipée. Légère réaction phlébitique de la jambe gauche.

OBSERV. 116. — Mme S..., 61 ans. 23 octobre 1935. Hémorragies après la ménopause. Utérus mou, régulier, du volume d'une orange. — *Diagnostic* : Cancer du corps probable. Débridement vulvo-vaginal para-rectal. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés très facile. Extériorisation des pédicules dans le vagin. Drain ondulé. Réfection du débridement au catgut et lin. — *Pièce* : Cancer du corps typique. Bourgeons remplissant la cavité utérine. — *Histologie* : Epithélioma glandulaire de l'utérus. — *Revue* : Etat local parfait, aucune récidue.

OBSERV. 117. — M. P..., 51 ans. 30 octobre 1935. Utérus fibromateux du volume d'un très gros poing. Débridement vulvo-vaginal. Pour atteindre les utéro-sacrés, on doit amorcer une hémisection totale. L'utérus descend très mal, ce n'est qu'après la section des utéro-sacrés et une hémisection complète qu'on arrive à atteindre les pédicules supérieurs. Pinces à demeure. 2 mèches, pas de fermeture du vagin. — *Pièce* : Utérus fibromateux augmenté de volume dans son ensemble, sans noyau bien isolé.

OBSERV. 118. — Mme G..., 42 ans. 29 novembre 1935. Prolapsus total. Colpectomie antérieure, dédoublement du périnée. Hystérectomie vaginale. Suspension du vagin par les ligaments ronds. Myographie postérieure des releveurs. 3 points Faudre(6). Colpectomie postérieure. Réfection du vagin. Pinces à demeure. — *Pièce* : Allongement hypertrophique du col. Col fibreux énorme. Infection dans le muscle utérin. — *Revue* :

Petite cystocèle peu marquée. Etat local satisfaisant. Pas de bouffées de chaleur.

OBSERV. 119. — Mme R..., 34 ans. 29 novembre 1935. Grosse métrite cervicale. Rétroversion douloureuse. Métrorragies depuis 3 mois. Cavité utérine béante. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Fermeture du vagin entre les pinces. — *Pièce* : Métrite hémorragique.

OBSERV. 120. — Mme B..., 50 ans. 20 décembre 1935. Depuis 6 mois ménorragies. Quelques métrorragies, mais intervalles libres prolongés. Biopsie : épithélioma cylindrique. Débridement vulvo-vaginal. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. — *Pièce* : Cancer typique, l'utérus ayant conservé sensiblement son volume normal. — *Revue* : Etat local parfait.

OBSERV. 121. — Mme L..., 50 ans. 15 janvier 1936. Petites métrorragies répétées, utérus fibromateux. Vagin étroit. Débridement vulvo-vaginal. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Pinces à demeure, fermeture du vagin entre les pinces. — *Pièce* : Utérus fibromateux, un petit noyau de la grosseur d'une cerise sur la face antérieure, muqueuse fongueuse. Pas de cancer. — *Revue* : Etat local parfait. Bourgeon vaginal à nitrater.

OBSERV. 122. — Mme R..., 39 ans. 22 janvier 1936. Métrorragies assez abondantes depuis 4 mois. Curettage explorateur : muqueuse suspecte. Petit noyau fibromateux de la corne gauche. Vaginale typique par section première des utéro-sacrés. — *Pièce* : Lamuqueuse est fongueuse, mais ne paraît pas dégénérée. Fibrome interstitiel de la corne gauche du volume d'un petit œuf. — *Revue* : Etat local parfait. Aucun trouble de la ménopause anticipée.

OBSERV. 123. — Mme B..., 38 ans. — *Diagnostic clinique* : Petit fibrome utérin ; métrorragies abondantes. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés, sans incident. Fibrome du volume d'une petite orange, faisant saillie sous la muqueuse. — *Revue* : Pas de troubles de la ménopause anticipée. Etat local parfait.

OBSERV. 124. — Mme Le G... Col suspect, adénomateux. Hystérectomie vaginale typique.

OBSERV. 125. — Mme D..., 50 ans. Col cicatriciel, dur, petites hémorragies. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Petit fibrome sous-muqueux. — *Revue* : Bourgeons vaginaux à nitrater. Etat local parfait.

OBSERV. 126. — Mme K..., 37 ans. 6 mars 1936. Col suspect. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. — *Pièce* : Métrite.

OBSERV. 127. — Mme G..., 37 ans. 20 mars 1936. Hystérectomie vaginale pour métrorragies persistantes résistant au curetage chez une femme obèse. Opération difficile. Débridement vulvo-vaginal. Colpotomie. L'utérus descend très difficilement. On amorce une hémisection totale, qui donne peu au début. Section des utéro-sacrés, qui fait gagner 2 à 3 centimètres, et qui permet de compléter l'hémisection. Pincement de l'utérine. A droite on pince et coupe le ligament rond qui empêche la descente. Pincés à demeure sur les pédicules supérieurs, 7 pincés à demeure. 3 mèches, 1 drain dans le débridement. — *Revue* : Légers troubles de la ménopause chirurgicale. Etat local parfait.

OBSERV. 128. — Mme S..., 47 ans. 27 mars 1936. — *Diagnostic clinique* : Fibrome utérin du volume d'un gros poing. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. On est gêné dans l'abaissement par l'excès de volume du fibrome. Hémisection totale qui permet de l'abaisser. 4 pincés à demeure. Pas de fermeture du vagin. 3 mèches. — *Pièce* : Fibrome comme un gros poing.

OBSERV. 129. — Mme G..., 28 ans. 1^{er} mai 1936. Métrorragies ayant résisté à tous les traitements depuis 5 ans (1 curetage, insuline, etc. Examens médicaux négatifs). L'examen gynécologique ne montre rien d'anormal. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. — *Pièce* : Métrite hémorragique. — *Revue* : Bouffées de chaleur extrêmement pénibles. Maux de tête, sensation de lassitude extrême. Mais il s'agissait déjà d'une déséquilibrée vago-sympathique. Etat local parfait.

OBSERV. 130. — Mme S..., 37 ans, 6 mai 1936. — *Diagnostic clinique* : Fibrome utérin. Métrorragies. Malade très grasse (100 kgr.). Débridement vulvo-vaginal. Accès très difficile des utéro-sacrés, qui sont pincés en 2 étages. Pincement en 2 étages des pédicules supérieurs, 3 mèches. — *Pièce* : Utérus fibromateux du volume d'un petit poing. — *Revue* : Bouffées de chaleur légères supportables. Amélioration extrêmement nette. Etat local parfait.

OBSERV. 131. — Mme D..., 33 ans, 13 mai 1936. Cystocèle très marquée, col volumineux. Fibrome du volume du poing. Périnée très lâche. Colpectomie antérieure large. Dédoublement du périnée. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Myoraphie des releveurs. Petite colpectomie postérieure. — *Pièce* : Utérus fibromateux. — *Revue* : Troubles de la ménopause importants. La malade a engraisé de 5 kilos. Etat local parfait.

OBSERV. 132. — Mme L..., 19 juin 1936. Métrorragies : Fibrome du volume du poing. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés, puis hémisection totale pour extérioriser le fond utérin, 4 pinces à demeure. Fermeture du vagin entre les pinces.

OBSERV. 133. — Mme L..., 44 ans, 1^{er} juillet 1936. Métrorragie et ménorragies ayant résisté à un curettage. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. — *Pièce* : Métrite hémorragique, petite polypose. — *Revue* : Pas de bouffées de chaleur. Etat local parfait.

OBSERV. 134. — Mme H..., 1^{er} juillet 1936. Prolapsus marqué, cystocèle et rétroversion. Femme très grasse. Dédoublement du périnée. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Suspension du vagin par les ligaments ronds. Fermeture du vagin. Myoraphie des releveurs. — *Pièce* : Col métritique.

OBSERV. 135 (Obs. personnelle). — Mme C..., 4 mai 1936. 70 ans. — *Diagnostic clinique* : Cancer du corps entraînant des métrorragies abondantes et une leucorrhée avec poussées de

réten tion fébrile. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Technique habituelle sans incident. Pas de fermeture vaginale. — *Pièce* : Il s'agissait d'une simple métrite hyperplasique sans lésion cancéreuse. Suites opératoires normales.

OBSERV. 136 (Obs. Dr Gibert). — Mme B..., 45 ans. 15 mai 1936. — *Diagnostic clinique* : Malade atteinte depuis 10 ans d'un prolapsus total survenu après accouchement, avec destruction complète de la cloison recto-vaginale et du sphincter anal. Rectum et vagin forment un véritable cloaque, au moindre effort le prolapsus total se reproduit au point d'atteindre la dimension d'une tête fœtale. Intervention : 1^{er} temps : Anus artificiel iliaque gauche. 2^e Temps : Trois semaines après : Hystérectomie vaginale et Lefort. On fait une hystérectomie vaginale parce que les lésions du col sont très importantes. Intervention par section première des utéro-sacrés facile. Les pinces sont remplacées par des ligatures, double colpectomie, adossement des deux colpectomies (technique Lefort). Suites opératoires normales. Dans un 3^e temps, on essaiera de reconstituer un sphincter anal.

OBSERV. 137 (Obs. Dr Gibert). — Mme A..., 48 ans. 15 juin 1936. — *Diagnostic clinique* : Fibrome hémorragique de petit volume. Col suspect. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés, fermeture du vagin entre les pinces. — *Pièce* : Petit fibrome. Suites opératoires normales.

OBSERV. 138 (Obs. personnelle). — Mme R..., 48 ans. 8 juillet 1936. — *Diagnostic clinique* : Métrite saignante chez une grande multipare. Col induré et cicatriciel. Vaginale classique par section première des utéro-sacrés. 5 pinces. Fermeture du vagin entre les pinces.

OBSERV. 139 (Obs. Dr Sauvage). — Mme G..., 46 ans. 14 août 1936. — *Diagnostic clinique* : Fibrome très hémorragique. Vaginale par section première des utéro-sacrés. Au cours de la descente l'utérus se rompt (probabilité de cancer), 4 mèches. On ne ferme pas le vagin. — *Pièce* : Fibrome et métrite hyperplasique sans cancer.

**Observations extrahospitalières
dues à l'obligeance de M. le Dr Toupet.**

1^o Observations pour métrorragies après la ménopause.

OBSERV. 140. — Mme V..., 50 ans. 4 avril 1932. Pertes sanglantes depuis 1 an. Débridement vulvo-vaginal. Hémisection totale. Utérus du volume du poing. — *Pièce* : Dix noyaux fibromateux, polype muqueux remplissant la cavité utérine, pas de cancer.

OBSERV. 141. — Mme V..., 68 ans. 31 octobre 1932. — *Diagnostic* : Cancer ou polype. Vaginale par section première des utéro-sacrés. Polype muqueux multiple. Pas d'incident.

OBSERV. 142. — Mme B..., 54 ans. 23 avril 1934. Métrite hémorragique. Curettage explorateur ne révèle pas de cancer. Vaginale avec débridement ; pas d'incident.

OBSERV. 143. — Mme H..., 48 ans. 8 novembre 1934. Pertes abondantes depuis 2 ans. Curettage révèle un état précancéreux (Martinot). Vaginale par section première des utéro-sacrés. — *Incident* : a fait une crise d'urémie dont elle a guéri. — *Pièce* : pas de cancer.

OBSERV. 144. — O..., 64 ans. 18 mai 1924. Pertes depuis 18 mois. Petit utérus. Pas de curettage. Vaginale avec débridement. Cancer du corps typique.

OBSERV. 145. — Mme N..., 52 ans. 10 juin 1934. Métrorragies depuis 6 mois. Utérus normal. Vaginale avec débridement très difficile. — *Pièce* : Cancer de l'isthme.

OBSERV. 146. — Mme M..., 69 ans. 30 juillet 1934. Pertes purulentes et sanglantes. Débridement utéro-vaginal. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Cancer du corps.

OBSERV. 147. — Mme F..., 60 ans. 6 octobre 1935. Métrorragies. Pertes depuis 1 an. Débridement, difficultés à cause de

salpingite gauche. Section première des utéro-sacrés, puis hémisection totale. — *Histologie* : Cancer typique.

OBSERV. 148. — Mme H..., 65 ans. 9 novembre 1935. Pertes depuis trois mois. Femme très grasse. Vagin très étroit. Débridement vulvo-vaginal. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. — *Histologie* : Cancer du corps.

OBSERV. 149. — Mme D..., 52 ans. 21 août 1929. Pertes rouges depuis 2 ans. Utérus normal. Métrite hémorragique ou cancer. Vaginale par section première des utéro-sacrés. — *Pièce* : Cancer typique.

OBSERV. 150. — Mme C..., 58 ans. 16 avril 1929. — *Diagnostic* : Polype sphacélé ou cancer du corps. Vagin étroit. Grosse difficulté d'exérèse. Hémisection. Cancer du corps typique. Pas d'incident.

OBSERV. 151. — Mme G ..., 62 ans. 25 mai 1930. Ecoulement sanguin depuis 6 mois. Petit polype faisant saillie par le col. Vagin étroit. Débridement vulvo-vaginal. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Utérus fibromateux et cancer typique du corps.

OBSERV. 152. — Mme R..., 56 ans. 8 mars 1927. Métrorragies suspectes depuis trois mois. Biopsie : Epithélioma cylindrique de l'isthme. Débridement vulvo-vaginal. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. — *Pièce* : Cancer de l'isthme.

OBSERV. 153. — Mme B..., 60 ans. 9 juin 1927. Depuis octobre 1929 métrorragies. Curetage : carcinome du corps. Application de radium de 20 millicuries, le 25 avril 1921. Le 7 décembre 1921 reprise des hémorragies. Débridement vulvo-vaginal. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Décédée au bout de 2 ans de généralisation.

OBSERV. 154. — Mme T..., 61 ans. 8 avril 1926. Métrorragies. Hystérectomie par section première des utéro-sacrés. Utérus fibromateux ; fibrome de la grosseur d'une mandarine. Muqueuse longueuse. Pas de cancer.

OBSERV. 155. — Mme I..., 50 ans. 12 avril 1935. — *Diagnostic* : Petites métrorragies, fibrome ou cancer. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés complétée par hémisection postérieure. — *Pièce* : Noyaux fibromateux.

2^o *Observations pour fibromes.*

OBSERV. 156. — Mme P..., 35 ans. 20 novembre 1934. — *Diagnostic* : Hémorragies depuis 2 ans. Utérus volumineux. Vaginale par section première des utéro-sacrés. Fibrome et muqueuse fongueuse.

OBSERV. 157. — Mme Z..., 44 ans. 5 décembre 1934. Malade de 90 kilos. Utérus fibromateux avec noyau dans le cul-de-sac postérieur. Sarcome possible. Double débridement vulvo-vaginal. Colpotomie postérieure impossible. Obligation d'ouvrir en avant. Double salpingite : volume d'une banane chacune. Hystérectomie vaginale par hémisection totale du fond vers le col. Fistule vésico-vaginale fermée ultérieurement.

OBSERV. 158. — Mme J..., 48 ans. 30 août 1932. — *Diagnostic* : Petit fibrome. Métrorragies. Opérée antérieurement de cancer du sein. Hémisection totale. — *Pièce* : Fibrome.

OBSERV. 159. — Mme L..., 48 ans. 9 avril 1931. — *Diagnostic* : Utérus fibromateux. Hémorragies abondantes depuis 3 mois. Vagin étroit. Débridement vulvo-vaginal. Ablation des annexes gauches pour kyste (volume d'une mandarine). Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés.

3^o *Observations d'ulcérations du col.*

OBSERV. 160. — Mme A..., 40 ans. 6 juin 1932. Ulcération du col. Inflammation. Métrorragies. Utérus un peu gros. Vaginale par section première des utéro-sacrés. — *Pièce* : Petit noyau fibromateux.

OBSERV. 161. — Mme N..., 32 ans. 26 février 1929. Fibrome de la lèvre postérieure du col, empiétant sur l'isthme, volume d'une

petite orange. Enucléation du fibrome. Puis vaginale classique. Le 13 mars, phlébite.

OBSERV. 162. — Mme K..., 55 ans. 10 juillet 1929. Col suspect. Filhos il y a 6 ans. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. — *Pièce* : Simple métrite.

OBSERV. 163. — Mme O..., 44 ans. 6 avril 1933. Epithélioma du col au début. Femme grosse. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Hémorragie post-opératoire. Pince cassée. Laparotomie, ligature du pédicule supérieur gauche.

OBSERV. 164. — Mme P..., 55 ans. 8 septembre 1933. Ulcération de la lèvre antérieure. Epithélioma. Femme obèse. Débridement vulvo-vaginal. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés.

4^o *Observations pour prolapsus.*

OBSERV. 165. — Mme E..., 42 ans. 27 mars 1936. — Prolapsus utérin et fibrome. Métrorragies abondantes. Hystérectomie vaginale. Colpectomie. Myoraphie.

OBSERV. 166. — Mme V..., 44 ans. 6 décembre 1935. Prolapsus. Cystocèle. Col ulcéré. Périnée postérieur déficient. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Colpectomie. Myoraphie.

OBSERV. 167. — Mme S..., 48 ans. 12 novembre 1935. Prolapsus utérin, allongement hypertrophique. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Bon résultat. Colpectomie. Myoraphie.

OBSERV. 168. — Mme F..., 50 ans. 3 mars 1932. Prolapsus total. Col ulcéré. Procédé habituel.

OBSERV. 169. — Mme H..., 40 ans. 13 octobre 1934. Récidive de prolapsus déjà opéré. Col hors de la vulve ulcéré. Procédé habituel.

OBSERV. 170. — Mme T..., 72 ans. 26 novembre 1929. Cysto-

cèle. Prolapsus. Col ulcéré. Procédé habituel. — *Revue* : Très bon état.

OBSERV. 171. — Mme N..., 60 ans. 18 octobre 1928. Prolapsus total. Col ulcéré. Procédé habituel.

OBSERV. 172. — Mme G..., 59 ans. 10 mai 1927. Prolapsus total. Col ulcéré. Procédé habituel. — *Revue* : Très bon état.

OBSERV. 173. — Mme H..., 68 ans. 8 mai 1923. Prolapsus total. Quelques hémorragies utérines. Procédé habituel.

OBSERV. 174. — Mme L..., 40 ans. 7 janvier 1922. Prolapsus total. Procédé habituel. *Revue* : Très bon résultat.

5° *Observations pour perforations utérines.*

OBSERV. 175. — Mme T..., 28 ans. 11 novembre 1927. Fausse couche provoquée il y a 15 jours. Hémorragie. Perforation à la dilatation utérine. Etant donné l'état infectieux, on pratique une hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Guérison.

OBSERV. 176. — Mme Y..., 28 ans. 9 février 1926. Fausse couche provoquée. Température 39. En dilatant l'utérus perforation, fausse route. Hystérectomie vaginale par section première des utéro-sacrés. Guérison.

OBSERV. 177. — Mme H..., 28 ans. 4 février 1932. Fausse couche provoquée. Hémorragie. En dilatant on ne trouve pas le fond utérin. Hystérectomie vaginale. Petite perforation du fond.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — Indications de l'Hystérectomie dans les formes graves de l'infection puerpérale. *Bul. Soc. de Chirurgie*, 1924, p. 825.
- BAILLIS. — L'Hystérectomie vaginale. *Journal Médical français*, janv. 1930 ; Les suppurations pelviennes et leur traitement par l'Hystérectomie vaginale. Thèse Paris, 1929.
- BARON. — Conservation ovarienne dans les Hystérectomies. Thèse Paris, 1931.
- BAUER. — Etude comparative de la convalescence dans 150 cas d'Hystérectomies vaginales, supravaginales et totales. *American J. of Obst. and Gyn.*, mai 1928, p. 680.
- BAUMGARTNER. — La conservation annexielle dans les Hystérectomies. *Bul. Soc. de Chirurgie*, 29 avril 1936.
- BÉRARD et LECLERC. — A propos du diagnostic du cancer du corps utérin. *Presse Médicale*, avril 1936.
- BIZOU. — Autogreffes ovariennes. Thèse Paris, 1932.
- BONNET et BULLIARD. — La cancérisation des polypes. *Annales d'anatomie pathologique*, décembre 1930.
- BROSSENS. — Hystérectomie vaginale par inversion utérine irréductible. Thèse Paris, 1894.
- BUTEAUD. — Les métrorragies après la ménopause. Thèse Paris, 1923.
- CADENAT. — Les indications de l'Hystérectomie vaginale. *Presse Médicale*, 1920, p. 33 et *Concours médical*, 9 octobre 1921.
- COUDERT. — Les métrites séniles. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, juin 1921.

- CUNÉO et PICOT. — Hystérectomie périnéale pour cancer du col utérin. *Journal de Chirurgie*, 1921, p. 193.
- DELAUNAY. — Technique de l'Hystérectomie vaginale. *Paris Chirurgical*, juillet, août et septembre 1909.
- DELBET. — Technique de l'Hystérectomie vaginale pour fibrome. *Journal médical français*, 1908, p. 791.
- DELRAY. — Suites éloignées de l'Hystérectomie. Thèse Paris, 1934.
- DESMARETS et RELIER. — La conservation annexielle dans les Hystérectomies. *Gyn. et Obs.*, janvier 1936.
- DESNOYERS. — Indications de l'Hystérectomie dans l'infection puerpérale. *Bul. Méd.*, 24 octobre 1928.
- DODERLEIN et KRONIG. — Operative gynaekologie. Leipzig, 1924.
- DOUAY. — Chorionépithéliome, Hystérectomie vaginale, guérison après 4 ans. *Société d'Obs. et Gyn.*, Paris, 9 décembre 1929.
- DOYEN. — Thérapeutique et technique chirurgicale.
- FAURE (J.-L.). — Les méfaits du curettage explorateur dans les cancers du corps de l'utérus. *Presse Médicale*, 24 mai 1930.
- Doit-on conserver l'Hystérectomie vaginale. Conférence Tarnier, 21 février 1929.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de gynécologie.
- FEREY. — Conservation annexielle au cours des Hystérectomies. Congrès de chirurgie, 1929, et *Bul Méd.*, 9 décembre 1933.
- FORGUE et MASSABUAU. — Traité de gynécologie.
- FREDEY. — Anatomie des vaisseaux nourriciers de l'ovaire. *Bul. Soc. de Chirurgie*, 6 mai 1936.
- GREEN. — Plaidoyer pour l'Hystérectomie vaginale. *Indian Med. Gaz.*, novembre 1928, p. 613.
- JEANNENEY. — Chirurgie ou radiothérapie dans les fibromes. *Presse Médicale*, décembre 1935.
- JEANNIN. — Traitement des affections puerpérales. Congrès de Gyn. et Obs., Québec, 1928.
- LECLERC. — La métrite hyperplasique après la ménopause. *Presse Médicale*, juillet 1936.

- MOURE. — Greffes ovariennes (Rapport de Douay). *Bul. de la Soc. de Chirurgie*, 25 mars 1936.
- PÉAN. — Leçons et cliniques chirurgicales de l'Hôpital Saint-Louis.
- PELANDA. — Hystérectomie vaginale subtotala. *Lyon Chirurgical*, janvier 1929.
- POZZY. — Traité de gynécologie.
- RICHELOT. — Hystérectomie vaginale avec pinces à demeure. Académie de Médecine, 13 juillet 1886.
- ROUVILLE. — Les indications actuelles de l'Hystérectomie vaginale. *Le Sud Médical et Chirurgical*, Marseille, 14 avril 1924.
- SEGOND. — De l'Hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes. *Annales de Gyn.*, volume 39, p. 507.
- Société des Chirurgiens de Paris. — Discussion à propos de l'Hystérectomie vaginale.
- TOTH (von). — Indications techniques et résultats statistiques de l'Hystérectomie vaginale. *Archiv. für Gynac.*, 1929, p. 902.
- TOUPET et MARION. — Urologie et gynécologie.
- VIOLET. — Indications de l'Hystérectomie vaginale.

